

## Einleitung.

# Medical Anthropology – Standortbestimmung in der deutschsprachigen Wissenschaftslandschaft<sup>1</sup>

ANGELIKA WOLF

### 1. Kurze Gründungsgeschichte der AG Medical Anthropology in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e. V.

Wer Mitte der 1990er Jahre innerhalb eines Ethnologiestudiums in Deutschland nach einer Schwerpunktausrichtung Medizinethnologie suchte, wurde herbe enttäuscht. Hatte Anfang der 1990er Jahre in Hamburg noch die Möglichkeit bestanden, in Medizinethnologie unterrichtet zu werden und zu promovieren, gab es diesen Schwerpunkt nicht mehr. Beatrix Pfleiderer, dort Professorin für Ethnologie, hatte – zwar ohne explizit dazu berufen zu sein – das Fach abgedeckt (siehe bspw. PFLEIDERER 1993) und hinterliess nach dem Aufgeben ihrer akademischen Laufbahn eine wissenschaftliche Lücke. Aspekte medizinischer Konzepte wurden und werden zwar an den meisten ethnologischen Instituten in Deutschland im Rahmen von Grundkursen zur Religionsethnologie behandelt, jedoch dort eher nur gestreift. Dies scheint im Lande Rudolph Virchows – des ersten bedeutsamen Sozialmediziners – und angesichts der Tatsache, dass der Gründungsvater der Ethnologie in Deutschland, Adolf Bastian selbst Mediziner war, umso verwunderlicher. Mittlerweile hat aber medizinethnologischer Unterricht an einigen Instituten Fuss gefasst, u. a. mit einer regionalen Ausrichtung am Südasieninstitut in Heidelberg und mit einem Aidsschwerpunkt an der Freien Universität Berlin (vgl. WOLF *et al.* 2005).

Diese Entwicklung ist nicht zuletzt Bestrebungen zu verdanken, die sich im Anschluss an eine Tagung im Jahr 1996 an der Freien Universität Berlin formiert hatten und die schliesslich ein Jahr später zur Gründung der *AG Medical Anthropology* in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e. V. (DGV) auf deren Tagung des ethnologischen Berufsverbandes in Frankfurt führten. Die Tagung, auf der sich die Gründungsmitglieder zusammenfanden, war von den Initiatoren eines viersemestrigen studentischen Projektatoriums zum Thema *Medical Anthropology* am Institut für Ethnologie der Freien Universität Berlin veranstaltet worden. Die

damaligen Vortragenden arbeiteten zumeist an verschiedenen ethnologischen Instituten relativ vereinzelt an ihren medizinethnologischen Masterarbeiten und fanden im Rahmen der Tagung ein Forum zur Diskussion ihrer Fragestellungen. Die Ergebnisse dieses Austauschs mündeten in einer ersten bescheidenen Publikation (WOLF, STÜRZER 1996). Seither hat die *AG Medical Anthropology* nicht nur eine eigene Tagung zum Thema Medizin und Globalisierung veranstaltet (WOLF, HÖRST 2003), sondern auf allen seitherigen Tagungen der DGV ein eigenes Panel aufgestellt, welches thematisch zumeist mit dem Leitthema des Berufsverbandes korrespondierte, aber jeweils eigene Fragestellungen behandelte.

Auch wenn die *AG* keine homogene Gruppe bildet und die Unterschiedlichkeiten innerhalb der *AG* vielleicht bald genauso gross sein mögen wie die Differenz zu anderen Gruppierungen benachbarter Arbeitsfelder, so macht es dennoch einen Unterschied, welches Fach als Heimatdisziplin im Zentrum steht. Ist die Medizin im Stamm eines zusammengesetzten Substantives genannt, so stellen alle anderen vorgesetzten Begriffe lediglich eine Variante, eine Spezifität dieses Zentrums dar. Der Stammbegriff definiert die Art und Weise, wie sich bspw. die Ethnologie dann zur Medizin verhält: als diese beschreibend, dieser zuarbeitend. Nicht nur hat die Ethnologie eine eigene Fachtradition und eine andere Methodologie, die meisten Mitglieder definieren die Sozial- und Kulturanthropologie als ihre Disziplin. Daher war ein Zusammenschluss im ethnologischen Berufsverband favorisiert worden. Da aber auch Mediziner, Theologen und Soziologen Mitglied sind, hat sich die *AG* für die Bezeichnung „*Medical Anthropology*“ entschieden. Dieser Begriff ist der jungen amerikanischen Tradition dieses Faches entlehnt, das an den Universitäten gelehrt wird und wissenschaftliche Verbindungen zu unterschiedlichen Disziplinen knüpft. War der Hauptgrund für den Zusammenschluss in der *AG Medical Anthropology* die fachliche Verankerung, so verfolgen die Mitglieder zugleich ein besonderes theoretis-

sches Interesse: sie fühlen sich dem *kulturell-interpretativen* Ansatz und/oder der *critical medical anthropology* verpflichtet (vgl. GOOD 1994). Im weiteren Verlauf der Einleitung soll dieser besondere theoretische Hintergrund erläutert werden. Daran schließt sich eine Beschreibung der bisherigen Arbeitsschwerpunkte der AG an. Der Beitrag endet mit einer Benennung der eher praktischen Aktivitäten und der Angebote der AG Medical Anthropology.

## 2. Von der soziokulturellen Bedingtheit der Biomedizin<sup>2</sup>

Lange Zeit hatte die Biomedizin<sup>3</sup> die uneingeschränkte Macht zu definieren, was bspw. als Krankheit gelten kann oder wie der Körper zu konzipieren sei. In den 1980er Jahren wurde dieser Definitionsanspruch zunehmend in Frage gestellt und nicht mehr nur die fehlenden soziokulturellen Dimensionen der Biomedizin kritisiert (HADOLT, dieser Band). Vielmehr wurde die scheinbare Objektivität der Biologie und der Medizin selbst zu einem Forschungsthema. Techniken und Prozesse der Wissensvermittlung in ihren eigenen Stätten, den medizinischen Schulen und Universitäten, wurden untersucht (KONNER 1989) und deren gesellschaftliche Bedingtheit analysiert (GOOD 1994).

Ein wichtiger Ausgangspunkt für diese Verschiebungen in der Medical Anthropology war die sich Ende der 1970er Jahre durchsetzende Einsicht, dass in den meisten Gesellschaften nicht nur ein medizinisches System vorhanden ist, das sich als "ethnomedicine" spezifizieren lässt, sondern gleich mehrere nebeneinander. Arbeiten zu diesem *Medizinpluralismus* (LESLIE 1980), die in vielen Teilen der Welt durchgeführt wurden (z.B. LESLIE 1976 für Indien, KLEINMAN 1980 für China, JANZEN 1978 und COMAROFF 1981 für Afrika), stellten unter anderem den offenkundigen Pragmatismus dar, mit dem Menschen die verschiedenen therapeutischen Angebote nacheinander oder gar gleichzeitig in Anspruch nehmen – trotz ihrer inhaltlichen Inkompatibilität zueinander. In dieser Vielfalt von Medizinen stellt die Biomedizin nur eine, wenn auch in verschiedenen Gesellschaften unterschiedlich gewichtete Option dar. Anstatt indigene Heilpraktiken zu ersetzen – wie dies im Zuge von Neokolonialismus und Globalisierung von vielen erwartet wurde – zeigte sich, dass die Biomedizin in den

einzelnen regionalen Kontexten in unterschiedlicher Weise in bestehende Formen des Umgangs mit Kranksein eingegliedert wurde, dass sie denen gegenübergestellt und/oder weiterentwickelt wurde. Dies lenkte das Forschungsinteresse der Medical Anthropology mehr auf die Wissensformen, Bewertungen und Strategien von „PatientInnen“ oder „KlientInnen“, anstatt wie zuvor von den Sichtweisen der jeweiligen HeilexpertInnen auszugehen. In diesem Prozess wurde die Biomedizin, um in der Terminologie der 70er zu sprechen, selbst als "ethnomedicine" entdeckt und somit zum Forschungsgegenstand der Medical Anthropology, und zwar sowohl in nicht-westlichen als auch in westlichen Settings. In dieser Auseinandersetzung stellte sich sehr schnell heraus, dass der medizinische Pluralismus auch innerhalb der Biomedizin selbst zu finden ist: "Biomedicine is not one, but many medicines." (HAHN & KLEINMAN 1983:315).<sup>4</sup>

Für die aufkommende *critical medical anthropology* (CMA) mit ihren Bezügen zu marxistischen Denktraditionen und zur politischen Ökonomie (BAER 1982, MORSY 1979, TAUSSIG 1980, YOUNG 1982) wurde die Analyse der Biomedizin unter den Gesichtspunkten von gesellschaftlichen Machtverhältnissen, Verteilung von Ressourcen und der Legitimation und Reproduktion von sozialer Ungleichheit ein zentrales Anliegen. Neben ihrem Interesse an der von gesellschaftlichen Verhältnissen bestimmten Kontrolle von medizinischem Wissen gab sie aber auch wichtige Anstöße für eine Auseinandersetzung mit der Konstituierung eben jenes Wissens. Von der Prämisse ausgehend, dass medizinische Praxis gleichzeitig ideologische Praxis ist (YOUNG 1982:271), waren Allan YOUNG und Jean COMAROFF (1982) unter den ersten in der Medical Anthropology, die sich mit den soziokulturellen Bedingtheiten von Krankheitskategorien und des physischen Körper befassten und wie diese in der Biomedizin konstruiert werden.

Laut COMAROFF spiegeln sich sowohl im vorherrschenden ätiologischen Modell der Biomedizin als auch in den daraus abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen die im Westen tief verwurzelten Dichotomien von Natur – Kultur, Körper – Geist und Individuum – Gesellschaft wider. Der sich darauf gründende „biologische Reduktionismus“ erlaube Krankheit und Körper nur in biologischen Begriffen zu fassen. Die gesellschaftlichen (und somit von Werten und Gruppeninteressen durchdrungenen)

Möglichkeitsbedingungen medizinischen Wissens blieben dabei ebenso ausgeklammert wie die moralischen, sozialen und politischen Dimensionen in der Anwendung dieses Wissens. Der Status jener biologischen „Fakten“ über Krankheit und Körper, die in den letzten zweihundert Jahren den Charakter unumstößlicher, objektiver und ahistorischer Wahrheiten angenommen haben, trage zur „depolitisierenden“ Rolle der Biomedizin in westlichen und nicht-westlichen Gesellschaften bei. Gerade in der Behauptung, die Biomedizin sei frei von Werten und Symbolen, so argumentiert COMAROFF (ibid.:59), läge ihre wichtigste symbolische und ideologische Bedeutung. Die Einbeziehung dieser relativ neuen Grundlagen in die eigenen Forschungsarbeiten schien den ersten Mitgliedern unserer neuen Arbeitsgruppe bedeutsam, und ihr fühlen sich auch die meisten der heutigen Mitglieder zugetan.

### 3. Arbeitsschwerpunkte der AG Medical Anthropology

Schon die erste Veranstaltung der neuen AG auf der DGV-Tagung 1997 in Frankfurt verwies mit dem Titel „Forschungsperspektiven und Berufsfelder der Medizinethnologie in Deutschland“ auf einen Spannungsbogen, in welchem sich auch viele der späteren Schwerpunktthemen ansiedeln lassen und der sich entsprechend im thematischen Teil dieses Bandes wiederfindet. Zum einen wird die Arbeit innerhalb der AG von einem starken Interesse an fachlich theoretischer Fundierung getragen, zum anderen sind viele Mitglieder in praxisorientierten Berufen tätig. Diesem Umstand Rechnung zu tragen und gleichzeitig sowohl die eigene Verortung innerhalb der Sozial- und Kulturanthropologie als auch grenzüberschreitend interdisziplinäre Anknüpfungspunkte auszuloten, wurde das Anliegen vieler weiterer Panelveranstaltungen.

Den Beiträgen der Medical Anthropology für die allgemeine Ethnologie ging die AG im Jahre 1999 in mehreren Veranstaltungen nach. Hintergrund dieses Interesses der AG waren unter anderem die Bemühungen, ihren Standort hinsichtlich der Ethnologie und der Biomedizin in deutschsprachigen Ländern, der Ethnomedizin und der internationalen Medical Anthropology zu klären. Dass die deutschsprachige Ethnologie (die *Deutsche Gesellschaft für*

*Völkerkunde*, die *Anthropologische Gesellschaft Wien* und die *Schweizerische Ethnologische Gesellschaft*) die Disziplinarität der Ethnologie zum Thema ihrer Tagung „Interdisziplinarität: Ethnologie und ihre Nachbardisziplinen“ in Heidelberg, Oktober 1999, machte, kam dem inhaltlichen Interesse der AG daher entgegen. Dem Panel gingen zwei Vorbereitungsveranstaltungen voraus. Im März 1999 veranstaltete die AG an der Ludwig-Maximilians-Universität in München den Workshop „Medizinethnologie im deutschsprachigen Raum: Woher – Wohin?“. Ein wichtiges Anliegen dieses Arbeitstreffens war es, über eine Bestandsaufnahme der programmatischen Beiträge, die in der Tradition der Ethnomedizin geleistet wurden, und dem Vergleich zu internationalen Entwicklungen in der Medical Anthropology zu einer Standortbestimmung der AG und ihrer zukünftigen Arbeitsrichtungen zu kommen. Einen weiteren Workshop mit dem Titel „Ethnologie und Medizin: Grenzen und Grenzüberschreitungen“ veranstaltet die AG im Juli 1999 an der Freien Universität Berlin. Inhaltliche Schwerpunkte bildeten zum einen das wissenschaftliche Werk von Ronald FRANKENBERG und sowie die Arbeiten von Inga-Britt KRAUSE, die beide als Vortragende zur Tagung in Heidelberg eingeladen waren.

Auf der Plenumsveranstaltung der Heidelberger DGV-Tagung im Oktober 1999 setzte sich dann Ronald FRANKENBERG als Keynote-Sprecher in seinem Vortrag mit dem Titel „Ethnologie und Medizin“ mit den vielfältigen Bezügen zwischen Medical Anthropology und Biomedizin auseinander. Er strich insbesondere die unterschiedlichen epistemologischen Zugänge der beiden Disziplinen und die Konsequenzen für ihre jeweilige Arbeitspraxis heraus. Beim folgenden Panel am Nachmittag leitete Bernhard HADOLT zuerst die ideengeschichtlichen Entwicklungen der Medical Anthropology her und formulierte dann fünf Thesen zur Relevanz der Medical Anthropology für die allgemeine Ethnologie, die sich auf Embodiment und Körper, Leiden, Globalisierung, methodologische Herausforderungen und schließlich auf den vergleichenden und problemorientierten Ansatz der Medical Anthropology bezogen. Aus einer Position der *applied Medical Anthropology* heraus stellte Inga-Britt KRAUSE die Vorzüge des methodologischen und reflexiven Zugangs der Sozialanthropologie für Kommunikationsprozesse zwischen KlinikerInnen und ihren KlientInnen im Bereich der Kinder- und Familien-

psychiatrie dar. FRANKENBERG schließlich erörterte zur Anregung und Revitalisierung der Sozialanthropologie die Bedeutung von Embodiment sowie das Versagen von Kultur, wie dieses durch Krankheit und Tod repräsentiert ist (siehe B. HADOLT in diesem Band).

Bereits ein Jahr später konnte die AG ihre erste Tagung organisieren. Diese fand mit dem Titel *Medizinische Begrifflichkeiten im Spannungsfeld globaler Konzepte und lokaler Umsetzungen* im Oktober 2000 am Institut für Geschichte der Medizin, Abteilung Ethnomedizin an der Universität Wien statt. Vorausgegangen waren wiederum zwei Arbeitstreffen in München und Freiburg, in welchem die Mitglieder ihre aktuellen Forschungsarbeiten präsentierten. Die Anregungen zogen sich durch alle Arbeiten gleichermaßen wie ein roter Faden und entpuppten sich am Thema Globalisierung. Zu unserem Erstaunen gab es zu diesem Zeitpunkt trotz einer schon länger geführten sozialwissenschaftlichen Debatte zur Globalisierung, trotz der Existenz der Weltgesundheitsorganisation als einer global agierenden Institution mit Homogenisierungsbemühungen im medizinischen Bereich und ungeachtet der vielen Pharmafirmen, die ihre Produkte weltweit vertreiben, kaum Publikationen, die die Bereiche Medizin und Globalisierung miteinander verbanden. Eine Untersuchung von Globalisierung in der Medizinethnologie bedeutet aber keineswegs nur, die globale Ausbreitung der Biomedizin darzustellen, sondern beinhaltet ebenso die Beobachtung und Beschreibung von Umformungen globaler Konzepte in neue lokale Kontexte. In der Einleitung des der Tagung folgenden Bandes wurde dann das Konzept der *medicoscapes* entwickelt (HÖRBST, WOLF 2003). Es lehnt sich an die Begrifflichkeiten von APPADURAI (1990) an und bietet einen erweiterten Analyserahmen. Damit wird es ermöglicht, die globalen Dynamiken von Prozessen im medizinischen Sektor adäquat zu beschreiben (siehe HÖRBST & KRAUSE, dieser Band).

Auf der im Herbst 2001 in Göttingen stattfindenden DGV-Tagung mit dem Titel „Verflechtungen. Ethnologische Perspektiven zu Gesellschaften im Prozess weltweiter Transformation“ veranstaltete die AG wiederum ein Panel, das sich thematisch mit interdisziplinären Bezügen befasste. Das Thema *From Religion to Medicine - and back again?* War bereits in einem vorausgegangenen Workshop im März 2001 am Institut für Ethnologie der Freien

Universität Berlin diskutiert worden. Der Ausgangspunkt der Beschäftigung mit diesem Thema war der Aufsatz von Susan Reynolds WHYTE (1989) mit dem richtungsgebenden Thema “Anthropological Approaches to African Misfortune: From Religion to Medicine”. In diesem Beitrag geht sie der Frage nach, welchen Unterschied es macht und zu welchen Unterschieden es führt, wenn Antworten auf Unglück in Afrika im Rahmen der Religion (sethnologie) oder der Medizin (ethnologie) untersucht werden. Die AG stellte sich dann der Herausforderung zu untersuchen, wie sich aus heutiger Sicht im deutschsprachigen Raum das Verhältnis zwischen Medizin- und Religionsethnologie definiert und wie die seit Langem bestehenden Dichotomien überwunden werden könnten (siehe OBRIST *et al.*, dieser Band; WOLF, DILGER 2002).

In einem zweiten Workshop im Juni 2002 am Medizinhistorischen Institut der Universität Bonn wurde das Thema abschliessend anhand eigener, empirischer Forschungserfahrungen untersucht. Neben der Bestimmung des Religionsbegriffs in der Ethnologie und der Religionsbegriffe in der Theologie widmete sich die AG der Unterscheidung zwischen Glauben und Wissen vs. dem Glauben an Wissen. Die Schlussfolgerung des Workshops war denn auch, dass strikte Grenzziehungen zwischen Religion und Medizin ebenso wie zwischen Glauben und Wissen eine angemessene Beschreibung und das Verstehen der Akteursperspektive tendenziell verhindern. Diese sollten deshalb problematisiert und in jeweils spezifischen lokalen Kontexten empirisch untersucht werden (siehe OBRIST *et al.*, dieser Band).

Ein Workshop am Heidelberger Südasien-Institut im Januar 2003 leitete dann den neuen Themenkomplex *Methoden medizinethnologischer Forschung* ein, insbesondere deren spezifische Charakteristika und Probleme im Vergleich mit anderer ethnologischer Forschung. Auf dem Workshop „Forschungsmethoden der Medizinethnologie. Kontext, ethische Implikationen und Positionierung“ versuchte die AG medizinethnologische Forschung gegenüber anderen Disziplinen und gesellschaftlichen Kontexten/Anforderungen zu positionieren. Neben den konkreten Methoden und Arbeitstechniken wurden Konsequenzen aus dem Umgang mit Leid und Krankheit diskutiert. Die AG kam zu dem Schluss, daß die Medical Anthropology wohl über einen gewissen „Methodenkanon“ ver-

fügt, dass sich die Methoden in diesem Kanon jedoch nicht wesentlich von den Methoden anderer qualitativer Sozialforschung unterscheiden. Der Fokus der Auseinandersetzung verschob sich von den „Methoden der Medical Anthropology“ hin zum „Verhältnis von Methode/Methodologie und dem spezifischen Forschungsgegenstand und -kontext“. Ein internes Arbeitstreffen der AG an der Ludwig-Maximilian-Universität München befasste sich dann mit emotionalen Grenzen und Hürden in der medizinethnologischen Forschung und erarbeitete eine Struktur für die DGV-Arbeitstagung im Herbst 2003 in Hamburg, welche mit dem Leitthema „Methoden und Ansätze der qualitativen Datenanalyse“ dem inhaltlichen Interesse der AG sehr entgegen kam (KNIPPER & WOLF, dieser Band).

Mit der Erörterung methodologischer Herausforderungen kamen gelegentlich konkrete Anwendungsfragen der Medizinethnologie auf und so lautete das Thema des nächsten Workshops *Applied Medical Anthropology – was passiert jenseits des Elfenbeinturms?* Am Institut für Ethnologie der Freien Universität Berlin wurden im Mai 2004 nicht nur Herausforderungen einer Vernetzung zwischen Forschung, Lehre und Projektarbeit erläutert, sondern wurde auch der Frage nachgegangen, wie medizinethnologische Inhalte in verschiedenen nicht-akademischen und interdisziplinären Arbeitsfeldern aufgenommen werden und wie MedizinethnologInnen damit umgehen. Auch die Arbeitsmarktorientierung in Form der verlangten Kompetenzen und wie und wo man diese erwerben könnte, standen im Zentrum des Interesses. Eine *Angewandte Medizinethnologie* muss sich in die gesellschaftspolitische Debatte einmischen, Position beziehen, in die Öffentlichkeit treten, so eine aus dem Workshop resultierende Forderung. Eine stärkere öffentliche Präsenz und ein intensiveres Engagement des Faches in praktischen Arbeitsfeldern wird auch zukünftigen Absolventen neue Berufsperspektiven eröffnen können (siehe ADAM & STÜLB, dieser Band).

Die im *thematischen Teil dieses Bandes* versammelten Beiträge beschreiben zum einen den Werdegang und die Diskussionsprozesse der einzelnen theoretischen Schwerpunkte in der AG, während die im zweiten Teil verfassten Texte eine Übersicht von *medizinethnologischen Arbeitsschwerpunkten deutschsprachiger Forschung* in unterschiedlichen geographischen Regionen geben sollen. Anliegen der Regionalbeiträge war es, dominante For-

schungsfelder bestimmter Regionen darzulegen und dort bestehende wissenschaftliche Diskurse zu charakterisieren. Dabei erging die Bitte an die AutorInnen, die Arbeiten sowohl der AG-Mitglieder als auch anderer deutschsprachiger KollegInnen in dieser Wissenschaftslandschaft zu verorten und Schlüsselthemen darzulegen.

#### 4. Serviceleistungen

Neben den thematischen und regionalen Studien hat sich die AG Medical Anthropology auch immer um eine Vermittlung ihrer Themen in der Öffentlichkeit bemüht. Hier sind nicht nur die zahlreichen beschriebenen Veranstaltungen zu nennen, weitere Serviceleistungen zeugen von diesen Bemühungen. Nicht nur werden InteressentInnen in den öffentlichen e-mail-Verteiler aufgenommen und kostenlos und regelmässig mit wissenschaftlichen Informationen aus den weltweiten Netzen versorgt. Auch bietet die – zumeist ehrenamtlich erstellte – Homepage (<http://www.medicalanthropology.de>) weiteren guten Service in Form einer Literaturliste zur Grundlagenliteratur. Interessierte MedizinethnologInnen und StudentInnen erhalten desweiteren eine erste Einsicht in unterschiedliche Themenfelder der Medizinethnologie sowie in medizinethnologisch relevante Lektüre über verschiedene Regionen dieser Welt.

Die Anzahl der AG-Mitglieder stieg kontinuierlich auf mittlerweile über 50 Personen an, eine ebenso grosse Anzahl an Interessenten wird zusätzlich regelmässig bspw. über den e-mail-Verteiler mit Informationen versorgt. Der Vorteil einer Mitgliedschaft besteht denn nun in der Integration in den internen Verteiler, in welchem bspw. weltweite Stellenausschreibungen kursieren, so wie Vergünstigungen bei Publikationen von AG-Mitgliedern. Die Bedeutung und der Wert eines inhaltlichen Austauschs muss nach der bisherigen Lektüre wohl kaum näher erläutert werden. Ein letztes Beispiel der guten Arbeit innerhalb der AG sei aber noch genannt: immer wieder war es in der AG ein Anliegen, über ethische Implikationen medizinethnologischer Forschung zu reden. Allein dies zu einem Panelthema zu machen war bislang weder Zeit noch Gelegenheit. Dennoch wurde das Thema bearbeitet. Dank einer von Stefan Ecks und Elsbeth Kneuper erstellten Vorlage war es in drei Sitzungen neben

anderen Punkten möglich, eine gemeinsame Ethikerklärung zu verabschieden (siehe dieses Heft S. 159). Diese bildet damit den Abschluss unserer Beiträge zu diesem Heft der Zeitschrift *curare*, deren Redaktion mich als Gasteditorin eingeladen hat. Andere Mitglieder haben sich in weiteren nicht aufgezählten Engagements ehrenamtlich verdient gemacht. Es sind dieses Engagement und dieser Elan, von dem die AG neben ihrem Interesse an einem wissenschaftlichen Austausch getragen wird und die sie hoffentlich noch lange tragen mögen.

### Anmerkungen

1. Ich danke meinen Lehrern Charles LESLIE, der als ein Begründer der Medical Anthropology in mir das Interesse und die Freude an dem Fach an der University of Delaware im Wintersemester 1990/91 weckte, sowie Ute LUIG, die mich in den darauffolgenden Jahren meines Ethnologiestudiums mit ihrem Wissensschatz und ihrer Analysekompetenz tief beeindruckte. Den Mitgliedern der AG sei für die spannende und erfreuliche Zusammenarbeit gedankt, Hansjörg DILGER, Viola HÖRST, Brigit OBRIST, Bernhard HADOLT, Tina OTTEN und Michael KNIPPER für die vielen Jahre kollegialer Freundschaft.
2. Ich danke Bernhard HADOLT für massgebliche Beiträge zu diesem Kapitel.
3. Als Biomedizin wird eine Heilkunde definiert, die sich an den Naturwissenschaftlichen mit der Biologie als Leitwissenschaft orientiert, vgl. HAHN & KLEINMAN (1983: 305f.).
4. Für rezentere Beiträge zum Thema von Differenz innerhalb der Biomedizin siehe z.B. PAYERS 1994, MOL & BERG 1998.

### Literatur

- APPADURAI A. 1990. Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. *Public Culture* 2,2: 1-24.
- BAER H. A. 1982. On the political economy of health. *Medical Anthropology Newsletter* 14,1: 1-2+13-17.
- COMAROFF J. 1981. Healing and cultural transformation: the Tswana of Southern Africa. *Social Science and Medicine* 15B,3: 367-378.
- . 1982. Medicine: Symbol and Ideology. In Wright P., Treacher A. (Eds). *The Problem of Medical Knowledge*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- GOOD B. J. 1994. *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GUARNACCIA P. 2001. Introduction: The contribution of medical anthropology to anthropology and beyond. *Medical Anthropology Quarterly* 15,4: 423-27.
- HAHN R., KLEINMAN A. 1983. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology* 12: 305-333.
- HÖRST V., WOLF A. 2003. Globalisierung der Heilkunde: Eine Einführung. In: WOLF, A., HÖRST, V. (Hg), a.a.O.: 3-27.
- JANZEN J. 1978. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KONNER M. 1989. *Becoming a Doctor*. Pittsburgh.
- LESLIE C. (Ed) 1976. *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.
- . 1980. Special issue on "medical pluralism". *Social Science and Medicine* 14B,4.
- MOL A., BERG M. 1998. Differences in Medicine: An Introduction. In Berg M., Mol A. *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Durham and London: Duke University Press: 1-12.
- MORSY S. 1979. The missing link in medical anthropology: the political economy of health. *Reviews in Anthropology* 6: 349-63.
- PFLIEDERER B. 1993. *Medizinanthropologie: Herkunft, Aufgaben und Ziele*. In SCHWEIZER T. et al. (Hg). *Handbuch der Ethnologie*. Berlin: Reimer.
- TAUSSIG T. 1980. Reification and the consciousness of the patient. *Social Science and Medicine* 14B: 3-13.
- WOLF A., STÜRZER M. (Hg) 1996. *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- WOLF A., DILGER HJ. 2001. Ethnologische Perspektiven auf das Verhältnis von Religion und Medizin. Bericht über das Panel der AG Medical Anthropology auf der Tagung der DGV in Göttingen. *curare* 24,1+2: 191-196.
- WOLF, A., HÖRST, V. (Hg.) 2003. *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster: Lit.
- WOLF A., ECKS S., SOMMERFELD J. 2005. *Anthropologie(s) médicale(s) en Allemagne*. In SAILLANT F., GENEST S. (Eds). *Anthropologie médicale, une approche comparative*. Im Druck.
- WHYTE S. R. 1989. Anthropological Approaches to African Misfortune. From Religion to Medicine. In JACOBSON-WIDDING A., WESTERLUND D. (eds.). *Culture, Experience and Pluralism. Essays on African Ideas of Illness and Healing*. Uppsala: Acta Universitatis: 289-301.
- YOUNG A. 1982. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology* 11: 257-85.