

Von Ayahuasca bis *Critical Global Health*

Wandel und Beständigkeit in der medizinethnologischen Lehre

PETER VAN EEUWIJK

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

Ethnomedizin und Medizinethnologie

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

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

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

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

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

Die Ethnologisierung der Medizinethnologie

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

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

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

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

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

Globalisierung und Gesundheit: *Global Health*

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

Global Health als rahmengebender Lehrbereich erweiterte die medizinethnologische The-

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

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

Das Beständige und Verbindende

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

und sozialwissenschaftlichen Hintergrund als überaus gut in ihrer Chronologie nachvollziehbar.

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

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

Literatur

- ADAMS, VINCANNE 2016. What is critical global health? *Medicine Anthropology Theory* 3, 2: 186-97.
- BOURDIEU, PIERRE 1986. The forms of capital. In RICHARDSON, JOHN G. (ed). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press: 241-58.
- 1990. *The Logic of Practice*. Cambridge: Polity Press.

- FARMER, PAUL 1993. *Aids and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.
- FOUCAULT, MICHEL 1963. *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.
- 1976-2018. *Histoire de la sexualité*. Paris: Gallimard. [4 Bände].
- GIDDENS, ANTHONY 1984. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press.
- JANZEN, JOHN M. 1978. *The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, ARTHUR 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, ARTHUR; DAS, VEENA & LOCK, MARGARET M. (eds) 1997. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- LESLIE, CHARLES (ed) 1976. *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.
- LOCK, MARGARET M. & NGUYEN, VINH-KIM 2018. *An Anthropology of Biomedicine*. Hoboken: Wiley-Blackwell. [2. Auflage].
- NICHTER, MARK 2008. *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tucson: University of Arizona Press.
- RABINOW, PAUL 1996. *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press.
- SCHEPER-HUGHES, NANCY 1992. *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- SCHEPER-HUGHES, NANCY & LOCK, MARGARET M. 1987. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1, 1: 6-41.
- 1991. The message in the bottle: illness and the micropolitics of resistance. *Journal of Psychohistory* 18, 4: 409-32.
- SINGER, MERRILL & BAER, HANS A. 1995. *Critical Medical Anthropology*. Amityville: Baywood.
- WHO 1978a. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: World Health Organization.
- WHO 1978b. *The Promotion and Development of Traditional Medicine: Report of a WHO Meeting*. Geneva: World Health Organization.



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