



Medizin im Kontext

Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt

Hansjörg Dilger / Bernhard Hadolt (Hrsg.)



PETER LANG Internationaler Verlag der Wissenschaften

1. Medizin im Kontext. Überlegungen zu einer Sozial- und Kulturanthropologie der Medizin(en) in einer vernetzten Welt

Hansjörg Dilger und Bernhard Hadolt

Im Kontext einer transnational und global vernetzten Welt werden medizinisches Wissen und medizinische Praktiken nachhaltigen Veränderungen unterzogen. Transformationen im gemeinschaftlichen und individuellen Umgang mit Krankheit und Gesundheit werden dabei zum einen – neben demographischen und epidemiologischen Verschiebungen – durch die Wanderung, häufig auch den politisch und ökonomisch forcierten Transfer medizinischer Konzepte und Technologien, sowie von *materia medica* über regionale, kulturelle und soziale Grenzen hinweg ausgelöst. Zum anderen verändern sich medizinische Praktiken und medizinisches Wissen aufgrund der erhöhten Mobilität von Menschen, die als PatientInnen¹ und medizinische Fachkräfte in Migrations- und Flüchtlingskontexten, aber auch als MedizintouristInnen und mobile GesundheitsexpertInnen die „Geschlossenheit“ medizinischer Systeme infrage stellen und die dabei die medizinischen, religiösen und ethischen Grundlagen regional gewachsener Behandlungs- und Heilungspraktiken neu verhandeln. Schließlich ergeben sich Transformationen im Bereich von Medizin und Heilung aus dem schrittweisen Abbau öffentlicher Gesundheitsleistungen und der damit einhergehenden Umschichtung globaler, nationaler und gemeinschaftlicher Ressourcen, die vielerorts zu einer Auffächerung, und damit zu veränderten Prioritätensetzungen und Implementierungsstrategien in den staatlichen und nichtstaatlichen Gesundheits- und Körperpolitiken führen.

Der vorliegende Band stellt unterschiedliche Themenfelder vor, in denen sich aktuelle Verschiebungen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit in einer globalisierten Welt besonders eindrücklich verdichten. Die hier versammelten Beiträge – die im Band jeweils durch separate Sektionseinleitungen näher eingeführt werden – befassen sich nicht nur mit der Zirkulation und Aneignung medizinischer Technologien im Kontext der Globalisierung sowie der Frage nach Gesundheitsverhalten und medizinischer Praxis in Migrationszusammenhängen. Auch behandeln sie die weltweite Politisierung „traditioneller“ Medizin und die damit verbundenen Identitätspolitiken; lokale und transnationale Ideen und Praxen sozialer Sicherung und – damit einhergehend – die Einführung von Systemen zur Gesundheitsfinanzierung; und schließlich die sozialen Prozesse und Konfigurationen, mit denen MedizinethnologInnen angesichts rapider Urbanisierungsprozesse konfrontiert werden. Zusammengefasst sollen diese Beiträge eine Diskussion darüber anregen, welche Herausforderungen auf die Medi-

1 Wo leicht möglich, verwenden wir und die AutorInnen dieses Bands geschlechtsneutrale Formulierungen. Bei allzu sperriger Schreibweise verzichten wir jedoch auf eine Benennung des weiblichen Teils der Bezeichnungen.

zinethnologie in den kommenden Jahren vor dem Hintergrund globaler und transnationaler Vernetzungen zukommen und welche Entwicklungen sich hieraus für die theoretischen, methodologischen und ethischen Positionierungen im Fach ergeben (vgl. hierzu auch Hörbst & Krause 2004; Wolf 2004; Wolf et al. 2007).

Auf einer weiteren Ebene soll das Buch einen Beitrag zur Diskussion und Schärfung der Konzepte „Medizin“ und „Kontext“ leisten, die in der Medizinethnologie eine forschungstragende Rolle spielen und die unseres Erachtens in ihrer spezifischen, wechselseitig konstitutiven Verbindung noch nicht hinreichend diskutiert worden sind. In dieser Einleitung werden wir daher zunächst – ausgehend vom Beispiel rezenter Influenzaausbrüche im asiatischen Kontext (Kleinman et al. 2008) – eine Diskussion der Begriffe „Medizin“ und „medizinische Praktiken“ vornehmen, die in der von uns verwendeten Form eine Verschiebung in rezenten Debatten um „Medizinethnologie“² widerspiegeln und die gleichzeitig einen umfassenderen Blick auf die mit Krankheit und Gesundheit verbundenen gesellschaftlichen Prozesse und die in ihnen implizierten Machtbeziehungen einfordern. Anschließend werden wir zu einer detaillierteren Betrachtung des Begriffs des „Kontextes“ und seiner Bedeutung für medizinethnologische Forschungen im *Kontext* der Globalisierung übergehen: Unserer Meinung nach ist es in einer globalisierten Welt nicht nur notwendig, die neuen medizinbezogenen Phänomene und gesellschaftlichen Konstellationen (z. B. technische Innovationen und neue Vertriebsmodelle medizinischer Leistungen, urbane Gesundheit, Migration und Gesundheit, oder auch die Einführung von Krankenversicherungssystemen) zu betrachten, die für die Analyse von Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt von Bedeutung sind. Auch sollte ein gründlicher Blick auf die unterschiedlichen sozialen Prozesse und Konfigurationen selbst gerichtet werden, mit denen gesellschaftliche Konstellationen und Praktiken (z. B. Gesundheitsinstitutionen, Städte, verwandtschaftliche oder religiöse Formen von Gemeinschaft und Heilung oder aber globalisierte Formen der Gesundheitspolitik) aufgrund der Präsenz medizinisch definierter Risiken und Probleme – sowie der unterschiedlichen Formen von Medizin, die diesen vorbeugen und die sie behandeln und heilen – in einer vernetzten Welt erst (neu) geschaffen bzw. ausdifferenziert werden.

2 „Medizinethnologie“ verwenden wir hier – ohne auf die Debatten im deutschsprachigen Raum um Bezeichnungen wie Medizinanthropologie, Medical Anthropology oder Ethnomedizin eingehen zu können – als deutschsprachige Bezeichnung für die international ausgerichtete Medical Anthropology. Für eine Diskussion dieser Fachtermini vgl. Greifeld 1995; Lux 2003; Tiedje & Schröder 2007.

Warum „Medizin im Kontext“?

In einem Schwerpunktheft der Zeitschrift *Anthropology and Medicine* zum Thema „Asian Flus“ (insb. H5N1-Influenza, „Vogelgrippe“) schreiben Kleinman et al. (2008), dass die *policy*-orientierten Studien und *fact sheets* nationaler und internationaler Institutionen und Behörden meist ein verkürztes Bild der lokalen Zusammenhänge und Bedingungen zeichnen, innerhalb derer sich die (potenzielle) Ausbreitung solcher Epidemien und ihre Bekämpfung vollziehen. Ausgeblendet blieben in dieser Perspektive nicht nur die lokalen Lebensweisen und sozialen Konstellationen, die den individuellen und kollektiven Umgang mit dem (bisher weitgehend abstrakt bleibenden) Krankheitsrisiko mitbestimmen, sondern auch die vielschichtigen Erfahrungen und Motivationen, die das Handeln von Familien, Gemeinden und individuellen AkteurInnen in Bezug auf die als relevant definierten Verhaltensweisen (z. B. die Geflügelhaltung) kennzeichnen. Kleinman und seinen Co-AutorInnen zufolge ist es nun genau diese detaillierte Kenntnis der lokalen Zusammenhänge, die benötigt wird, um auf dieser Basis effektive Möglichkeiten der Kooperation zwischen Bevölkerungen und *Public-health*-Initiativen zu definieren. Des Weiteren versetzen uns erst solche Kenntnisse in die Lage, eine Erklärung für die oft zu verzeichnende fehlende Bereitschaft von Bevölkerungen – die sich in bestimmten Fällen auch als Widerstand artikulieren kann (vgl. hierzu auch Leach & Fairhead 2007; Vaughan 1991) – in Bezug auf die vorgeschlagenen *Public-health*-Maßnahmen zu finden. Im Rahmen des Schwerpunkthefts legen Kleinman et al. daher zum einen eine detaillierte Untersuchung der nationalen, internationalen und gemeinschaftlichen Zusammenhänge vor, die in Hinblick auf die individuelle und kollektive Risikowahrnehmung bzw. die (potenzielle) Eindämmung von Pandemien wie „Vogelgrippe“ relevant werden können. Zum anderen plädieren sie für das Verfolgen eines biosozialen Ansatzes, der das komplexe Zusammenspiel biologischer und sozialer Faktoren in der Ausbreitung epidemischer Krankheiten und der Etablierung von *Public-health*-Maßnahmen erst umfassend erklären könne.

Das hier angeführte Beispiel „Asian Flus“ wirft unterschiedliche Themen auf, die für die gegenwärtige Medizinethnologie angesichts zunehmend komplexer Problemkonstellationen in einer globalisierten Welt von Bedeutung sind.³ Neben der Frage nach der Anwendbarkeit von Forschungsergebnissen und der Herausforderung, spezifische Problemkonstellationen mithilfe inter- und transdisziplinärer Ansätze zu erforschen, betrifft dies insbesondere das vielfach gemachte Postulat, medizinethnologische Forschungen seien notwendig, um die für den Umgang mit Krankheit und den Erhalt von Gesundheit bedeutungsvollen Zusammenhänge zu erkennen und zu analysieren. Nur die Situierung eines spezifischen Phänomens im Kontext relevanter Bedeutungszusammenhänge ermög-

3 Wie aktuell die im Folgenden angesprochenen Themen sind, verdeutlicht die parallel zur Drucklegung dieses Bandes in Mexiko, den USA und verschiedenen Ländern Europas sich ausbreitende Schweinegrippe.

liche es, ein differenziertes Verständnis gegebener Problemkonstellationen zu entwickeln und – darauf aufbauend – adäquate Maßnahmen zu formulieren, um diesem Problem effektiv zu begegnen. Wie auch zahlreiche andere gegenwärtige medizinethnologische Studien befasst sich das von Kleinman et al. herausgegebene Schwerpunktheft daher umfassend mit der Verwobenheit globaler, nationaler und lokaler Konstellationen und Praxen, die ein Verständnis gesundheitsbezogener Phänomene im Kontext der Globalisierung ermöglichen. Offen bleibt jedoch auch in diesem Schwerpunktheft – ebenso wie in anderen medizinethnologischen Publikationen, die Gesundheit und Krankheit „im kulturellen Kontext“ (Tiedje & Schröder 2007: 102) bzw. „innerhalb spezifischer kultureller und sozialer Realitäten“ (Whyte & van der Geest 1988: 3) untersuchen⁴ –, wie und von wem die für das Verständnis des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in einer globalisierten Welt relevanten Konstellationen und Kontexte bestimmt werden und auf welchen epistemologischen Annahmen solche Festlegungen letztendlich beruhen: Wer legt auf welche Weise fest, welche Kontexte für ein Phänomen relevant sind? Wo beginnt und wo endet ein Kontext, wo das durch ihn erklärte Phänomen? Und welcher Art ist die Beziehung zwischen Phänomen und Kontext? Was schließlich verstehen wir unter „Medizin“ in einer global und transnational vernetzten Welt? Diesen Fragen gehen wir – ohne dabei im Einzelnen umfassende Antworten liefern zu können – in den beiden nächsten Abschnitten nach. Im Folgenden werden zunächst die programmatischen und epistemologischen Verschiebungen innerhalb der Medizinethnologie nachgezeichnet, die dem von uns verwendeten Begriff der „Medizin“ zugrunde liegen. Diese Verschiebungen betreffen im Wesentlichen die Herausbildung einer Anthropologie der Medizin und der Ergänzung (oder bisweilen Ersetzung) der Frage nach Repräsentation um Fragen von Praxis und Performance und in diesem Zusammenhang eine neue Ernsthaftigkeit gegenüber dem Materiellen (im Wesentlichen Körper und Technologien).

4 So fassen Tiedje & Schröder den „kulturellen Kontext“ analytisch über das Konzept der „Lebenswelt“, um Gesundheit und Krankheit als soziale und kulturelle Phänomene in Bezug auf „die unmittelbare (subjektive) Erfahrung der Welt, des gelebten Alltags und die praktische Lebensweise eines jeden Menschen“ (2007: 103) zu erklären. Whyte & van der Geest wiederum schreiben in der Einleitung zu ihrem Sammelband *The Context of Medicines*, in dem erstmals ein Überblick über anthropologische Untersuchungen zu *materia medica* in den so genannten Entwicklungsländern vorgelegt wurde: „We wish to emphasize the ‚context‘ of medicines, by which we mean the constellations of cultural meanings and social relations within which medicines exist in a given time and place. While ethnopharmacology concentrates on ‚indigenous medicines‘ of Third World people, pharmaceutical anthropology is concerned with the co-existence of Western and indigenous medicines and with the issue of how each affects the perception and use of the other“ (1988: 3, Hervorhebungen im Original).

Vom medizinischen Pluralismus zu einer Sozial- und Kulturanthropologie der Medizin(en)

Klassische medizinethnologische Studien haben ihren Fokus v. a. auf Patientenverhalten bzw. -deutungen und die Logiken von Medizinsystemen gerichtet und dabei die interkulturelle, z. T. auch die innergesellschaftliche Variabilität medizinischer Ideen, Handlungen und Institutionen untersucht. Kennzeichnend für solche Studien ist, dass ihre Untersuchungsgegenstände als beinahe ausschließlich in der medizinischen Domäne angesiedelt bestimmt wurden und an der Frage kultureller Repräsentationen ausgerichtet waren – d. h., im Zentrum dieser Studien stand v. a. die kulturelle Vermittlung der Phänomene Kranksein und Heilen, wie sie z. B. in den oft zitierten Begriffen des *explanatory model* von Arthur Kleinman (1980), der *therapy management group* von John Janzen (1987) oder auch den *medical systems* von Charles Leslie (1976) konzeptualisiert wurde.

Kritisch zu dieser Beforschung eines solcherart verstandenen „medizinischen Pluralismus“ haben sich Studien der Critical Medical Anthropology positioniert. Im Kontrast zu den vorher genannten Forschungen haben diese zum einen den Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogenem Handeln und den gesellschaftlichen Makrokontexten beforcht, in denen dieses angesiedelt ist – vorrangig Politik und Ökonomie (Young 1982). Zum anderen haben sie die Biomedizin selbst ins Zentrum ihres Erkenntnisinteresses gerückt und den Zusammenhang zwischen Medizin, Macht und Wissen im Rahmen breiterer gesellschaftlicher Dynamiken (z. B. die Ausbreitung des Kapitalismus und die damit einhergehenden Disziplinierungen bzw. die Generierung biomedizinischen Wissens) in den Blick genommen (vgl. Comaroff 1982; Lock & Gordon 1988; Morgan 1987; Pfeleiderer 1995). Neben einer Verschiebung des Untersuchungsregisters von der Mikroebene, wie es etwa in der Beforschung von Arzt-Patient-Interaktionen angelegt wurde, hin zur Makroebene der gesellschaftlichen Hervorbringung von Krankheit und der Einbettung der medizinischen Domäne in weiträumige gesellschaftliche Zusammenhänge hat die Critical Medical Anthropology somit die Frage nach kulturellen Repräsentationen ergänzt durch die Frage nach Interessen und Machtbeziehungen.⁵

Schließlich wurde in den letzten Jahren ernsthafter die Domänen übergreifende Komplexität sozialer Prozesse und Anordnungen in Zusammenhang mit medizinbezogenen Fragestellungen untersucht. Spätestens hier hat sich zunehmend die Überzeugung durchgesetzt, dass Medical Anthropology keine quasi autonome Subdisziplin mit eigener Methodologie und eigenen Theorien sei (oder gar ein Teilgebiet der Biomedizin), sondern ein integraler Bestandteil

5 Eine wichtige Rolle in der Verschiebung zu einer Betrachtung von Biomedizin spielte auch die zunehmende Hinwendung medizinethnologischer Studien zu sozialen Prozessen der Salutogenese. Zur Verflechtung von Gesundheit und sozialer Vulnerabilität siehe in diesem Zusammenhang Obrist 2007.

der allgemeinen Sozial- und Kulturanthropologie, der sich mit einem spezifischen thematischen Fokus befasst und einige Besonderheiten aufweist (etwa der Zentralität des Körpers und von Leiden), der hierfür jedoch dieselben methodologischen und theoretischen Zugänge verwendet wie andere Teilbereiche der Sozial- und Kulturanthropologie (Hadolt 2004). In diesem Sinne ist hier eher von einer „Anthropology of Medicine“ zu sprechen als von einer „Medical Anthropology“, insofern als „Medizin“ dezidiierter als Forschungsgebiet der Sozial- und Kulturanthropologie hervortritt denn als eine Anthropologie, die durch das Adjektiv „medizinisch“ spezifiziert wird (vgl. Cambrosio et al. 2000: 4 ff.; Fainzang 2001; Lindenbaum & Lock 1993). Damit rückt die Medizinethnologie epistemologisch nicht nur näher an die allgemeine Sozial- und Kulturanthropologie heran, sondern öffnet sich auch wieder stärker sozialontologischen Positionen, die von einer grundsätzlichen Hybridität sozialen Lebens ausgehen (Latour 1993). Dazu gehört auch eine Neubestimmung des Materiellen für medizinethnologische Forschung, die sich zunächst auf den menschlichen Körper bezog – etwa über die Konzepte des „mindful body“ (Scheper-Hughes & Lock 1987) oder „embodiment“ (Csordas 1990) – und in weiterer Folge mit materiellen Objekten in Konsumzusammenhängen (Whyte & van der Geest 1988) und (neuen Bio-)Technologien (Lock 2002). Die Grenzen dessen, was als medizinisch gelten kann, werden durchlässig und zunehmend empirisch bestimmt. Die Beachtung der Hybridität ethnologischer Untersuchungsgegenstände macht die Zurechenbarkeit von Studien zur Medizinethnologie oder zu anderen (Sub)Disziplinen uneindeutig.

Beigetragen haben zu den hier skizzierten Verschiebungen zum einen die Rezeption von Konzepten und Ansätzen anderer Disziplinen, allen voran der feministischen Wissenschaften und den Science and Technology Studies; zum anderen aber auch die (medizin)ethnologischen Auseinandersetzungen mit Globalisierungsprozessen und die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Lokalen und dem Globalen sowie Studien über Medizin, Entwicklung und Modernisierung. Etwa im Rahmen des Konzepts „medicoscapes“ befassten sich Hörbst & Wolf (2003) in Anlehnung an Appadurai (1990) mit den „weltweit verstreute[n] Landschaften von Personen und Organisationen im heilkundlichen Bereich, welche sich lokal verdichtet an einem Ort darstellen können, aber zugleich räumlich weit entfernte Orte, Personen und Institutionen miteinander verbinden“ (Hörbst & Wolf 2003: 4). Ebenso potenziell weltumspannend, aber breiter gefächert sehen Collier & Ong (2005) die vielfältigen Kombinationen heterogener Elemente wie Menschen, Praktiken, Objekte und Ideen, die als *global assemblages* zur Verwobenheit und Komplexität unserer aktuellen Welt beitragen. Nicht reduzierbar auf eine einzige Logik (etwa jene der Medizin, der Ökonomie oder Technik) stellen solche globalen Netzwerke Formationen von Entitäten, Ideen und Praktiken dar, die oft auf instabilen Beziehungen beruhen und sich in kontingenter Weise verschieben.

Als drittes Beispiel der Versuche, die zunehmende Komplexität der Welt zu konzeptualisieren, soll hier der Intersektionsbegriff genannt werden, den

Cambrosio, Young & Lock (2000) am Fall neuer Biotechnologien nutzbar machen. Mit Intersektionen meinen die AutorInnen dabei „temporary convergences that can lead to advances on some particular problem, with no pretence of providing a comprehensive world-view or a theoretical manifesto“ (ebd.: 1). Solche Konvergenzen sind laut den AutorInnen zwischen Tradition und Postmodernität, zwischen verschiedenen analytischen Zugängen und zwischen den menschlichen AkteurInnen, Werkzeugen, Entitäten und Körpern zu verzeichnen, die die neuen Biotechnologien konstituieren. Auch dieses Konzept betont die Vorläufigkeit und Prozessualität sozialer Phänomene, ist aber noch offener nach außen und verweist auch auf die Frage von Praktiken, in denen diese Konvergenzen gebildet werden, und damit auf die Verschiebung des repräsentationalistischen Idioms in der Sozial- und Kulturanthropologie hin zum Praxis- und Performanceidiom. In allen drei Konzeptualisierungen spielt das Interesse an Macht und ihren Präfigurationen, Wirkungsweisen und Konsequenzen eine zentrale Rolle – allerdings mehr aus einer Foucault’schen Perspektive als bei dem Machtverständnis der Critical Medical Anthropology, das sich auf die marxistische Denktradition stützt (Lupton 1997).

Ob *scapes*, *assemblages* oder *intersections* – was diese Begrifflichkeiten verdeutlichen, ist, dass wir in Anbetracht der zunehmenden Komplexität der Welt einen vielschichtigen und weit gefassten Begriff von Medizin benötigen. Dies zeigt insbesondere der Sammelband von Lock & Nichter (2002), in dem ein Medizinbegriff forciert wird, der vielfältige Perspektiven auf die mit Krankheit und Gesundheit verbundenen gesellschaftlichen Prozesse und Phänomene freilegt (etwa verschiedene Identitätspolitiken in Zusammenhang mit der Revitalisierung von „traditionellen Medizinen“, der Rolle von NGOs in der Herstellung und Aufrechterhaltung diverser moralischer Ordnungen in den Bereichen von öffentlicher Gesundheit und internationaler Entwicklung und *risk talk* im Kontext von Prävention). Des Weiteren eröffnet dieser Medizinbegriff die Sicht auf die Machtbeziehungen im Kontext der Globalisierung, die die Komplexität und Kontingenz gesellschaftlicher Prozesse berücksichtigt. Macht wird hier nicht unidirektional konzeptualisiert, etwa von global zu lokal oder von „oben“ nach „unten“ wie bei der Critical Medical Anthropology nach Baer et al. (1997), sondern im Sinne sich verzweigender und produktiver Macht in actu à la Foucault. Für einen solchermaßen breiten, heterogenen und politisierten Begriff von Medizin wird es notwendig, einen differenzierteren Blick auf das Verhältnis zwischen Krankheit, Gesundheit und den gesellschaftlichen Zusammenhängen, in denen diese angesiedelt sind und hervorgebracht werden, einzunehmen.

„Medizin“ in diesem Band

Die AutorInnen des vorliegenden Bands fassen „Medizin“ in ihrer Vielfalt: als Befindlichkeit, Substanz oder Technologie, Ideengefüge, Geflecht von Praktiken, symbolische Ordnung, Gegenstand sozialer und religiöser Beziehungen,

gesellschaftliche Domäne und als Bestandteil ethnischer, nationaler und internationaler Politiken – und schließlich als teilweise spannungsgeladene Relationen und Überschneidungen derselben. Was diese verschiedenen Artikulationen von Medizin für die Medizinethnologie interessant und gesellschafts- und gesundheitspolitisch relevant macht, ist, dass sie in der einen oder anderen Weise mit individuellen oder kollektiven Handlungen und Ideen rund um Krankheit, Gesundheit und Heilung – und in weiterem Sinne mit unterschiedlichen Formen menschlicher Befindlichkeit und Wohlergehens – befasst sind und dabei deren Komplexität und Zukunftsoffenheit bzw. Eingebundensein in Machtverhältnisse analytisch und politisch ernst nehmen.

Vorgenommen wird in den hier präsentierten Beiträgen aber nicht nur eine Auffächerung des Medizinbegriffs und ein Neuüberdenken von Machtbeziehungen in Bezug auf unterschiedliche Formen der Heilkunde. Hierarchien und Macht werden auch auf einer anderen Ebene eingeführt: Wenn sich klassische Schriften mit *medical pluralism* befassten, dann geht es heute um die *politics of medical pluralism*. Wir beschreiben nicht mehr einfach die Interaktionen zwischen HeilerInnen und PatientInnen und deren gesundheitsbezogene und lokalweltliche Konsequenzen – oder die Bedingungen, unter denen PatientInnen sich in einem interdependenten Feld „biomedizinischer“ und „traditioneller“ bzw. „religiöser“ Behandlungs- und Heilungspraktiken entscheiden und verhalten. Während alle diese Fragen durchaus noch von Relevanz für MedizinethnologInnen sind, sind wir zum einen ebenso an den weiteren politischen und historischen Gegebenheiten interessiert, die diese Interaktionen bedingen und „rahmen“ und sie in weitere Sinnzusammenhänge und Machtordnungen einordnen. Dies wird etwa in den Beiträgen in der Sektion „Traditionelle Medizin‘ als strategische Ressource“ deutlich, die verschiedentlich analysieren, wie eine bestimmte Praxis unter bestimmten (gesundheits)politischen Umständen – Kolonialismus, WHO-Politik, aber auch Indigenisierungspolitiken – zunächst als marginale und „rückständige“, dann aber auch als „nützliche“ Medizin mit überregionalen und „transmedizinischen“ Bedeutungen und Zielen konstituiert wird.

Zum anderen geht es darum zu zeigen, inwieweit spezifische Medizinen innerhalb eines pluralistischen und diversifizierten Felds selbst als heterogene Phänomene konstituiert sind. Dies wird etwa in der Sektion „Neue Technologien und medizinische Praxis“ deutlich, deren Beiträge u. a. hervorheben, wie im Zuge von Aneignungsprozessen „globaler“ Medizintechnologien bestimmte medizinische Praktiken geformt und ausdifferenziert werden. Mol & Berg (1998) machen diesen Punkt auch für die Biomedizin im Allgemeinen stark und zeigen die vielfältigen Differenzen und Multiplizitäten innerhalb der Biomedizin auf:

(M)edicine is not a coherent whole. It is not a unity. It is, rather, an amalgam of thoughts, a mixture of habits, an assemblage of techniques. Medicine is a heterogeneous coalition of ways of handling bodies, studying pictures, making numbers, conducting conversations. Wherever you look, in hospitals, in clinics, in laboratories, in general practitioners' offices – there is multiplicity (ebd.: 3).

Um diesen *differences in medicine* gerecht zu werden, ist es nicht angebracht, nach einer verborgenen Einheit zu forschen, in der sich die Differenzen integrieren. Auch geht es nicht darum, diese Differenzen als solche – negativ oder positiv bewertet – einfach stehen zu lassen. Vielmehr schlagen Mol & Berg vor, die Diversität innerhalb der Biomedizin als zugleich Effekt und Ursache von „Spannungen“ (*tensions*) zu begreifen: Spannungen „between making the world run in this, rather than in some other way“ (ebd.: 7). Die medizinischen Konfigurationen, die die Diversität der Biomedizin ausmachen, entwickeln sich dabei – ob in Form von Konflikten oder Koordinationsproblemen – nicht nur in grundsätzlich kontingenter Weise, sondern implizieren immer auch Realitätsdimensionen „außerhalb“ der Biomedizin, da der Körper und seine Krankheiten nicht *per se* bzw. *ausschließlich* zur medizinischen Domäne gehören. In Konsequenz verschwimmen die Grenzen zwischen dem Innen (den medizinischen Praktiken und Wissensformen) und Außen (dem Kontext) von Medizin, sodass eine spannungsreiche Medizin das Politische immer *beinhaltet* und es in der Beforschung der Medizin darum geht, die *politics inside medicine* zu verstehen. Kontext, so können wir für unsere Zwecke schlussfolgern, ist demnach nicht nur im Außen der Medizin zu verorten, sondern auch in ihrem Innen. Dies gilt nicht nur für die Biomedizin, sondern für alle Formen von Medizin.

Vom Kontext der Medizin zur Medizin *im* Kontext

Im vorhergehenden Abschnitt haben wir dargelegt, dass in einer Sozial- und Kulturanthropologie der Medizin(en) „Medizin“ als Institution, gesellschaftliche Domäne, Technologien, Umgangsweisen mit Krankheit und Gesundheit etc. zwar vielschichtig, undeterminiert und spannungs- und machtgeladen wird, bei aller Diversivität jedoch als zentrales Zielgebiet für die medizinethnologische Forschung bestehen bleibt. Ihre realweltliche Spezifität – und damit ihr ethnologischer Gehalt und ihre gesellschaftliche Relevanz – kommt immer erst zum Vorschein, wenn ihre jeweilig konkreten Kontexte Berücksichtigung finden, in denen sie konstituiert wird und zu deren Konstituierung sie wiederum beiträgt. Medizin ohne die Erfassung ihrer (äußeren und inneren) Kontexte bleibt amorph und abgehoben; erst die Einbettung in ihre jeweiligen Verflechtungen mit der Welt verleiht ihr realweltliche Konkretheit. Dabei lediglich kulturelle Kontexte berücksichtigen zu wollen, greift hier bei weitem zu kurz. Um im Folgenden das Verhältnis zwischen „Medizin“ und „Kontext“ in einer sozial- und kulturanthropologischen Betrachtungsweise greifbarer zu machen, richten wir den Blick „zurück“ in die allgemeine Ethnologie und auf die dort geführten Diskussionen über den „Kontext“ und dessen Erforschbarkeit.

Der Begriff des „Kontextes“ in der Ethnologie

Nach Dilley (1999: 4) bezieht sich „Kontext“⁶ auf einen Akt des Interpretierens bzw. der *Kontextualisierung*, durch den Verbindungen zwischen dem zu untersuchenden Phänomen und anderen, als relevant empfundenen Phänomenen und Konstellationen hergestellt (oder auch *nicht* hergestellt) werden. Ausgehend von dieser Definition stellt sich zum einen die generelle epistemologische Herausforderung zu entscheiden, wie viel Kontext notwendig ist, um ein bestimmtes Phänomen erklären und in seiner Besonderheit von anderen, vergleichbaren Phänomen abgrenzen zu können (ebd.: 6 ff.). Zum anderen müssen ForscherInnen – spätestens seit der im Zuge postkolonialer Debatten aufgebrauchten Kritik an der Hegemonialität von Wissen und Wissensproduktion – der Frage nachgehen, unter welchen Bedingungen – und spezifischer: durch welche Formen der Wissenspraxis bzw. der sozialen Interaktion – Kontexte als solche konstituiert werden, da die Festschreibung eines Kontextes in letzterem Sinne immer auch ein politischer Akt ist.

In der Ethnologie wurde das Beschreiben – und damit die Beschreibbarkeit – von Kontexten lange Zeit als weitgehend unproblematisch angenommen. Frühere ethnologische Studien untersuchten die Funktionen sozialer Phänomene innerhalb einer Gemeinschaft, die – im Sinne einer synekdotischen Beziehung zwischen Teil und Ganzen – im Wesentlichen mit ihrer „Kultur“ gleichgesetzt wurden; andere erforschten die strukturellen Verbindungen und Oppositionen zwischen unterschiedlichen Phänomenen, die innerhalb eines gesellschaftlich definierten – in sich jedoch geschlossenen – Systems von Zeichen situiert wurden. Wieder andere schließlich thematisierten die Diffusion kultureller Phänomene und Erfindungen über räumliche Grenzen hinweg und postulierten auf dieser Basis die Ähnlichkeit weit voneinander entfernter Kulturen. Erst mit dem Aufkommen der Weltsystemtheorie in den 1970er Jahren wurde die Eingebundenheit lokaler Gemeinschaften mit der weiteren Welt jedoch erstmals explizit – und in Hinblick auf die weiteren ökonomischen und politischen Implikationen dieser Verbindung – thematisiert. In Wallersteins Definition des Weltsystems wurde dabei eine hierarchisch strukturierte, im Wesentlichen auf Handels- und Wirtschaftsbeziehungen gründende Weltgesellschaft gezeichnet, die wiederum in drei sich wechselseitig konstituierende Sphären (Kern, Semiperipherie, und Peripherie) aufgeteilt war. Während die Weltsystemtheorie deutliche Auswirkungen insbesondere auf die US-amerikanische Critical Medical Anthropology hatte (Baer et al. 1997; s. o.) – und während sie nachfolgend auch Raum für die Untersuchung von Widerstand gegen das Weltsystem, z. B. im Rahmen der *peasant studies* schuf (vgl. Probst & Spittler 2004) –, wurden die Abgeschlossenheit und innere Konsistenz von Kontexten (vorwiegend im Rahmen von Nationalstaaten) ebenso wie die unilinear verlaufenden Hierarchien von Zent-

6 Als Begriff abgeleitet vom lateinischen *contexere*: zusammenweben, verbinden.

rum zu Peripherie auch innerhalb dieses theoretischen Rahmens nicht grundlegend infrage gestellt.

Fragen nach der Repräsentation – und damit nach der Produktion – von „lokalen“ Kontexten wurden in der Ethnologie und den weiteren Sozialwissenschaften spätestens mit dem Aufkommen postkolonialer Theorien und den Diskussionen über Globalisierung, Transnationalität und Diaspora gestellt. Während mit der Globalisierungsdiskussion dabei die globale Zirkulation und Verwobenheit von sich lokal manifestierenden Ereignissen, Ideen und Praktiken in den Vordergrund ethnologischer Forschung gestellt und damit eine Auflösung der Dichotomien „lokal“ vs. „global“, „Zentrum“ vs. „Peripherie“ gefordert wurde, rückte die Transnationalismuskonzeption das Wirken von Staaten in den Mittelpunkt ihres Interesses: Auch wenn sich Nationalstaaten (und per definitionem Diasporagemeinschaften), ebenso wie die auf diese bezogenen Prozesse der Gemeinschafts- und Identitätsbildung, heute über politisch und territorial definierte Grenzen hinaus erstrecken, spielen Nationalstaaten und ihre Institutionen weiterhin eine wichtige Rolle für die Definition und Formation sozialer und politischer Konfigurationen (z. B. im Rahmen von Immigrationspolitiken und Politiken der Staatsbürgerschaft; vgl. Glick-Schiller et al. 1992; Kearney 1995; Vertovec 1999; siehe auch die Sektion über Migration und Medizin in diesem Band).

Grundlegende methodologische und konzeptuelle Kritik an der Produktion ethnographischen Wissens – und an den diesem Wissen zugrunde liegenden epistemologischen Annahmen – wurden auf einer weiteren Ebene im Zusammenhang mit der *Writing-Culture*-Debatte sowie mit der Diskussion über *space, site* und *place*⁷ geübt, die in ihrem Zusammenspiel mit einer „ethnographischen Krise“, dem „Verschwinden von Orten“ (Augé 1995) und dem „Kollaps von Kontexten“ (Dilley 1999: 24) diskutiert wurden. Nicht nur wurde hier – ebenso wie in den o. g. Globalisierungs- und Transnationalismusstudien – wachsende Kritik an einem geschlossenen Kulturbegriff geäußert, der einem zunehmenden Fokus auf multiple Identitätskonstruktionen, sowie auf die Aushandlung kultureller Bedeutungen bzw. die Wirkmächtigkeit von „Kulturalismen“ insbesondere in politisch relevanten Debatten, weichen müsse (Abu-Lughod 1991).⁸ Auch

7 Im Rahmen dieser Einleitung können wir die Debatten zur Produktion von „Ort“, „Raum“ und „Feld“ im Kontext der Globalisierung – und die hieraus resultierenden Implikationen für die ethnographische Wissensproduktion – nur skizzenhaft wiedergeben. Für detailliertere Diskussionen verweisen wir neben den im Text zitierten Autoren auf Appadurai 1996; Clifford 1997; Coleman & Collins 2006; Probst & Spittler 2004; Tsing 2000.

8 Auch im Rahmen der Medizinethnologie wurde mehrfach betont, dass „Kultur“ keine ausreichende Erklärungsgrundlage für Gesundheitsverhalten darstelle; vielmehr müssten andere soziale, ökonomische und politische Prozesse und Kräfte berücksichtigt werden, die den Gesundheitsstatus von Bevölkerungen – und damit ihr Gesundheitsverhalten – erklärbar machen (vgl. die oben zitierte Literatur zur Biomedizin; für den Migrationszusammenhang siehe Verwey 2003; für die internationale HIV/AIDS-Diskussion Seidel & Vidal 1997; Farmer et al. 1996). Die Bedeutung struktureller Gewalt wurde des

gerieten die angenommene Objektivität des ethnographischen Forschers und der ethnographischen Forscherin selbst und die von ihm/ihr erforschten „Felder“ und „Orte“ in den Blickpunkt kritischer Auseinandersetzungen: Ethnographisches Wissen heute ist „unsicher“, „unvollständig“ und „perspektivisch“ geworden – das „Feld“ nicht mehr (notwendigerweise) mit einem stabilen Ort bzw. einer stabilen Gemeinschaft verbunden; die untersuchten Phänomene selbst sind oft als Resultat ethnozentrischer Kategoriebildungen entlarvt worden (für die Medizinethnologie siehe z. B. Pool 1994). Während die einen ForscherInnen folglich forderten, die unterschiedlichen, an der Wissensproduktion beteiligten Stimmen hörbar zu machen (Clifford & Marcus 1986), forderten andere eine Ausweitung der Forschungszusammenhänge auf viele unterschiedliche Forschungsfelder, die erst in ihrer Verflechtung zur Erklärung globalisierter Ideen, Phänomene und Handlungen werden könnten (Marcus 1995); noch andere schließlich hoben das epistemologische, aber auch ganz pragmatische Dilemma hervor, einerseits immer detailliertere Kontexte berücksichtigen zu müssen, um das untersuchte Phänomen adäquat fassen zu können, andererseits aber niemals *genügend* Kontexte berücksichtigen zu können (vgl. Schlecker & Hirsch 2001).

„Kontext“ in diesem Band

Während in den vergangenen Jahren differenzierte Betrachtungen zu den Grenzen und Problemkonstellationen in Bezug auf zentrale ethnologische Begriffe wie „Kontext“, „Feld“ und „Ort“ vorgelegt wurden, haben sich andere Publikationen mit den *Möglichkeiten und Perspektiven* auseinandergesetzt, die sich vor diesem Hintergrund für die Produktion ethnographischen Wissens und ethnologischer Theoriebildung ergeben (vgl. z. B. Coleman & Collins 2006). Mit diesem Buch können und wollen wir die hier aufgeworfenen Dilemmata nicht „lösen“. Vielmehr wollen wir einige Orientierungslinien für den Umgang mit denselben formulieren, die sich aus dem hier Gesagten für zukünftige medizinethnologische Forschungen ergeben und die auch die hier vorgelegten Beiträge kennzeichnen bzw. motiviert haben.

Zunächst benötigen wir in der Medizinethnologie unseres Erachtens eine fundierte Auseinandersetzung darüber, *wie die jeweiligen „Kontexte“ eines zu untersuchenden Phänomens hinsichtlich ihrer Relevanz und Detailliertheit zu bestimmen sind – und in welcher Weise solche Grenzziehungen sowohl aus forschungspragmatischer als auch analytischer Perspektive überhaupt sinnvoll gezogen werden können*. Um ein Beispiel aus dem vorliegenden Band anzuführen: Wenn wir, wie in der Sektion zu „Migration und Medizin in transnationalen Verflechtungen“ dargelegt, den Zusammenhang zwischen Medizin und Migration untersuchen, wie viel müssen wir über die weiteren Migrationszu-

Weiteren über die Konzeption des *social suffering* behandelt (Kleinman et al. 1997; Das et al. 2000; 2001).

sammenhänge und deren historische Hintergründe wissen und präsentieren, um das Gesundheitsverhalten transnationaler MigrantInnen adäquat erklären und einordnen zu können? Wie viel Wissen davon können wir über Primär- und Sekundärliteratur einbeziehen, und wie viel Hintergrundwissen haben wir uns über die eigene Forschung anzueignen (z. B. im Rahmen einer Forschung im Herkunftsland der untersuchten Gruppe)? Wie weit ist der Kontext „Migration“ an sich überhaupt sinnvoll, um beispielsweise das Gesundheitsverhalten von AkademikerInnen mit chinesischem Migrationshintergrund in Deutschland oder die Mobilität von Gesundheitspersonal aus Ghana innerhalb eines globalisierten Arbeitsmarkts zu untersuchen? Und werden wir der spirituellen Autorität und dem Charisma portugiesischer HeilerInnen aus Angola und Brasilien gerecht, wenn wir sie als „MigrantInnen“ klassifizieren? Solche Fragen müssen nicht nur gestellt werden, da die so genannten *audit cultures* (z. B. in Form von Ethikkommissionen und Institutionen der Forschungsförderung) auch im deutschsprachigen Raum zunehmend den Rahmen für medizinethnologische Forschungen bestimmen und diese im Hinblick auf das Erarbeiten konkreter Hypothesen und – während der Feldforschung genau einzuhaltender – Forschungsfragen und methodologischer Vorgehensweisen festlegen (vgl. Coleman & Collins 2006: 10 f.; siehe auch Strathern 2000). Auch liegt es im Interesse von ForscherInnen selbst, diese Fragen im Hinblick auf Machbarkeit, Abbruchkriterien für Datenerhebung bzw. -analyse und konzeptuelle und gesellschaftspolitische Implikationen möglichst frühzeitig und inkrementell zu klären, um im Forschungsverlauf nicht von der „Grenzenlosigkeit“ von Kontexten wie Migration, Urbanisierung – oder auch einfach „Globalisierung“ – überwältigt zu werden.

Zum Zweiten stellt sich die Frage nach der *Art der Beziehung zwischen Phänomen und Kontext* und damit verbunden die Frage, wie wir der oft kontingent verlaufenden Wechselseitigkeit dieser Beziehung – der Co-Produktion von Untersuchungsphänomen und Kontext (vgl. Dilley 1999: 18) – Rechnung tragen können.⁹ In den letzten Jahren haben MedizinethnologInnen nicht nur gezeigt, dass makrosoziale Kontexte wie Migration, Techniktransfers, Urbanisierung und Globalisierung für die Erklärung „lokaler“ Gesundheit und Gesundheitsverhaltens berücksichtigt werden müssen – da z. B. strukturell verankerte politische und ökonomische Kräfte Risiken für Gesundheit und Wohlergehen schaffen und den Zugang zu gesundheitsrelevanten Ressourcen in weiten Teilen der Welt (in ungleicher Weise) neu konfiguriert haben. Auch wurde dargelegt,

9 Aus praxistheoretischer Perspektive macht Theodore Schatzki einen viel versprechenden Versuch, das Zusammenhängen von sozialen Praktiken über ihre *sites* zu fassen. Ein *site* stellt für ihn einen spezifischen Typus von Kontext dar, der sich dadurch kennzeichnet, dass zumindest ein Teil von dem, wofür ein *site* den Kontext darstellt (nämlich für die betreffende soziale Praktik), inhärenter Teil des *site* selbst ist: *Sites* sind „contexts of which some of what exists or occurs within them are inherently parts“ (Schatzki 2003: 176). Auf diese Weise sind eine soziale Praktik und ein bestimmter Kontext (ein bestimmter *site*) auf unmittelbare und ganz konkrete Weise miteinander verbunden (vgl. Hadolt & Lengauer 2009).

dass medizinbezogene Phänomene ihrerseits *konstitutiv* für diese Kontexte selbst sind und die in Migration, Globalisierung oder Urbanität implizierten Handlungen, Ideen und sozialen Beziehungsgefüge in oft spannungs- und konfliktgeladenen Prozessen erst neu formen bzw. schaffen. Dieser letztere Aspekt wurde u. a. mit Blick auf die im Rahmen von Krankheiten wie HIV/AIDS entstehenden Verständnisse von *citizenship* – und die darauf aufbauenden gesundheitspolitischen Konfigurationen und Formen internationaler Entwicklung – verdeutlicht, die – ebenso wie die aus der Krankheit entstehenden sozialen Beziehungen und Formen von Gemeinschaft – sowohl als Konsequenz als auch als Forcierung von Globalisierungs- und Modernisierungsprozessen gelesen werden können (vgl. Nguyen 2005; 2009; Dilger 2005; 2006: 116 ff.; für das Konzept von *biological citizenship* siehe Rose & Novas 2005). In ähnlicher Weise zeigen die Beiträge in diesem Buch, dass Erfahrungen und Handlungen, die sich in Bezug auf Krankheit und Gesundheit formieren, konstitutiv für soziale Beziehungen und Konfigurationen in einer globalisierten Welt sind – und dass die aktuellen Diskussionen um „traditionelle Medizin“, Urbanisierung, soziale Sicherungssysteme, Migration und neue medizinische Technologien weltweit nicht alleine als Spiegel sozialer und politischer Konstellationen gesehen werden sollten, sondern spezifische Formen von Identität, Politik, Bürokratie, Gemeinschaft, Vertrauen und gegenseitiger Verpflichtung erst mobilisieren und formen.

Zum Dritten benötigen wir ein genaues *Überdenken der theoretischen, methodologischen und ethischen Grundlagen*, mit denen wir das eigentliche Untersuchungsphänomen und seinen Kontext – und die Art ihrer wechselseitig konstitutiven Beziehung – sinnvoll erforschen können. Dies erfordert zum einen eine sorgfältige Auseinandersetzung mit den jeweiligen Forschungsmethoden, die unsere Untersuchungen an denjenigen Orten kennzeichnen, in denen wir unseren ForschungspartnerInnen und InformantInnen begegnen und ihrem Lebens- und Arbeitsalltag – wenn auch oft in zunehmend fragmentierter Weise – *unmittelbar* folgen können. Wie Coleman & Collins (2006: 17) schreiben, entstehen Kontexte und Felder erst aus dem performativen Akt der Feldforschung heraus, durch den Grenzen und soziale Phänomene – in Abhängigkeit von den jeweiligen analytischen und rhetorischen Präferenzen von EthnographInnen – ihre eigentliche Gestalt annehmen. Zum anderen benötigen wir eine differenziertere Auseinandersetzung mit der Erforschung transnational und virtuell konfigurierter, politik- und naturwissenschaftlich durchdrungener Räume, in denen und aus denen heraus sich „Medizin“ konstituiert, ebenso wie mit den Herausforderungen, denen wir in der Erforschung von Phänomenen wie „sozialer Sicherung“ und „medizinischen Technologien“ – oder von Biodiversität und *intellectual property rights* – im Kontext der Globalisierung begegnen. Gerade die Auseinandersetzung mit assistierten Reproduktionstechnologien oder auch mit gesundheitsökonomischen Fragestellungen und den hier entstehenden *Development-*

Politiken und *biobureaucracies*¹⁰ verlangt von uns oft das Einarbeiten in fachspezifische Terminologien, Argumentationsweisen und Dokumentations- bzw. Präsentationsformen, die weit über das übliche Instrumentarium von Sozial- und KulturanthropologInnen hinausreichen. Deren Kenntnis stellt jedoch eine notwendige Voraussetzung dafür dar, die Grundlagen der hier erhobenen Daten und deren Relevanz für das von uns untersuchte Phänomen zu verstehen.

Schließlich erfordert ein Verständnis der Art und Weise, in der Phänomene und ihre Kontexte miteinander in Beziehung stehen, einen zunehmend *inter- und transdisziplinären Ansatz*, in dem die unterschiedlichen Sichtweisen von Disziplinen und Fachbereichen gegenseitig offen gelegt und füreinander fruchtbar gemacht werden. Um dies an einem Beispiel zu verdeutlichen: Epidemiologische Untersuchungen haben – in ähnlicher Weise wie medizinethnologische Forschungen – das Anliegen, die Verbindung zwischen krankmachenden bzw. gesundheitsfördernden Faktoren (Kontext) und gesundheitsrelevanten *outcomes* (Phänomen) aufzuzeigen. Mithilfe groß angelegter Samples zielen epidemiologische Verfahren dabei auf eine weitgehende *Schließung* dieser Verbindungen im Sinne einer Ursache-Wirkung-Beziehung ab, um auf dieser Basis Risikofaktoren für *public health* identifizieren zu können. Im Gegensatz hierzu arbeitet die Ethnologie in der Regel assoziativ und erkennt an, dass ihr Wissen über das von ihr untersuchte Phänomen – ebenso wie über die durch ForscherInnen vorgenommene Kontextualisierung des Phänomens – immer unvollständig und durch die subjektive Position des Forschers/der Forscherin geprägt bleiben wird. Eine definitive Gewissheit, dass z. B. eine Entscheidung in Washington (oder doch eher die vorangegangene landesinterne ökonomische Krise?) den Zugang einer Frau im ländlichen Tansania zum staatlichen Gesundheitssystem eingeschränkt und gleichzeitig das Anwachsen charismatischer Gemeinschaften in urbanen Zentren befördert hat, soll und kann nicht hergestellt werden. Ebenso wenig kann wohl mit Sicherheit gesagt werden, welche *tatsächlichen* Auswirkungen die rezenten politischen, sozialen und ökonomischen Transformationen in Ecuador, verbunden mit den globalen Verschiebungen in Hinblick auf „traditionelle Medizin“, auf das Nutzerverhalten und die Heilerpositionierungen in dieser Region haben – nicht mit einer methodologischen Herangehensweise, die sich in der Regel auf kleine Fallzahlen und das Erheben dichter, multiperspektivisch angelegter Fallstudien konzentriert. Durch eine ethnologisch-assoziative Herangehensweise kann jedoch der Blick darauf geschärft werden, *welche* Konstellationen und Verbindungen tatsächlich relevant für die Betrachtung eines Phänomens sein können – und wie solche hypothetischen Verbindungen von den beforschten AkteurInnen selbst erfahren und verhandelt werden. Schließlich kann der assoziative Blick Vorschläge dafür machen, wie die quali-

10 Nach Wolf (in Vorbereitung) bezieht sich der Begriff „*biobureaucracies*“ auf die in Zusammenhang mit der globalen Expansion von Biomedizin entstehenden Beziehungen zwischen gesundheitsbezogenen Bürokratien und individuellen AkteurInnen (z. B. den KlientInnen von Krankenkassen und Gesundheitsinstitutionen).

tativ erhobenen Kontextualisierungen durch andere Verfahren und theoretische Zugänge validiert und für die gesundheitspolitische Praxis fruchtbar gemacht werden können. Wie solche trans- und interdisziplinären Konstellationen aussehen können – und welchen spezifischen Beitrag die Medizinethnologie in ihnen leisten kann –, ist weiterhin eine spannende Frage für die Zukunft. Relevante Ergebnisse sind hier von Forschungskonstellationen zu erwarten, die – wie von Kleinman und seinen Co-AutorInnen oben beschrieben – mit einem bio-sozialen Ansatz arbeiten, ebenso aber auch von den trans- und interdisziplinären Forscherteams, die Brigit Obrist im Schlussbeitrag dieses Bands vorstellt und die derzeit zu Urbanisierung und Vulnerabilität in ausgewählten Lokalitäten Afrikas arbeiten. Generell sehen wir hier einen Bedarf an medizinethnologischer Forschung, die die materiellen und sozialontologischen Dimensionen diverser Medizinartikulationen ernst nimmt und die eine sozial- und kulturalanthropologische Perspektive dieser Artikulationen auch für interdisziplinäre Zusammenhänge fruchtbar macht.

Literatur

- Abu-Lughod, Lila (1991). Writing against Culture. In: R. G. Fox, Hg., *Recapturing Anthropology. Working in the Present*. Santa Fe, School of American Research Press: 137–62.
- Appadurai, Arjun (1990). „Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy.“ *Public Culture* 2(2): 1–24.
- Appadurai, Arjun (1996). *Modernity at Large*. Minneapolis, Minnesota University Press.
- Augé, Marc (1995). *Non-Places: Introduction to an Anthropology of Supermodernity*. London, Verso.
- Baer, Hans A., Merrill Singer & Ida Susser (1997). *Medical Anthropology and the World System: A Critical Perspective*. Westport, Bergin & Garvey.
- Cambrosio, Alberto, Allan Young & Margaret Lock (2000). Introduction. In: Margaret Lock, Allan Young et al., Hg., *Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Clifford, James (1997). *Routes: Travel and Translation in the Late Twentieth Century*. Cambridge, Harvard University Press.
- Clifford, James & George Marcus (1986). *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley, University of California Press.
- Coleman, Simon & Peter Collins (2006). Introduction: „Being...Where?“ Performing Fields on Shifting Grounds. In: dies., Hg., *Space, Place and Context in Anthropology*. Oxford, Berg: 1–21.
- Collier, Stephen J. & Aihwa Ong (2005). Global Assemblages, Anthropological Problems. In: dies., Hg., *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, Blackwell Publishing: 3–21.
- Comaroff, Jean (1982). *Medicine: Symbol and Ideology*. In: Peter Wright & Andrew Treacher, Hg., *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Csordas, Thomas J. (1990). „Embodiment as a paradigm for anthropology.“ *Ethos* 18(1): 5–47.
- Das, Veena, Arthur Kleinman & Margaret Lock et al., Hg. (2000). *Violence and Subjectivity*. Berkeley, University of California Press.

Einleitung

Viola Hörbst

Neue medizinische Technologien gelten als zentrale Faktoren für die Änderungen, die weltweit im Umgang mit Körper, Gesundheit und Krankheit zu verzeichnen sind. Dies schließt Aufsehen erregende Neuerungen im Bereich assistierter Reproduktion, der Genetik, der plastischen Chirurgie, aber auch „weniger spektakuläre“ Innovationen wie etwa neuartige Kombinationen bereits vorhandener Techniken oder deren Umsetzung in neuen Anwendungskonstellationen ein. In Zusammenhang mit diesen Neuerungen widmen sich medizinethnologische Forschungen seit etwa einer Dekade der Herausbildung neuer diagnostischer, therapeutischer und kommunikativer Abläufe, deren vielfältigen Auswirkungen auf PatientInnen und AnwenderInnen, der daraus erwachsenden (Neu)Konzeptionen des Lebens und Menschseins, ebenso wie der Entstehung neuer Ethiken durch medizintechnologische Innovationen. Aufgegriffen werden dabei insbesondere Konzeptionen aus den Science and Technology Studies (STS) und der Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT), welche Techniken nicht als passive Entitäten auffassen, sondern ihnen einen Akteursstatus einräumen und Technik damit als aktiven Teil der Produktion von Wissen und Praxis begreifen. In Verbindung mit Globalisierungsprozessen werden aber auch zunehmend Studien in nichtwestlichen Gesellschaften durchgeführt, in denen zum einen die Einwirkung soziokultureller und struktureller Aspekte auf die Anwendungspraktiken neuer Medizintechnologien und zum anderen deren Auswirkung auf soziale Kontexte außerhalb westlicher Gesellschaften untersucht werden.

Die in dieser Sektion versammelten Beiträge widmen sich, auf Basis empirischer Forschungen, verschiedenen um medizintechnologische Neuerungen entstehenden Praktiken in unterschiedlichen kulturellen und gesellschaftlichen Kontexten. Dabei zeichnen sie sich durch verschiedene Herangehensweisen aus.

Im Zentrum des Artikels von *Babette Müller-Rockstroh* steht der Transfer von Ultraschalltechnik aus den Niederlanden nach Tansania. Sie beschreibt, wie unterschiedliche NutzerInnen des Ultraschalls (HerstellerInnen, tansanischer Staat, professionelles Personal, Patientinnen) sich das Artefakt Ultraschall, das Wissen und das Know-how aneignen und in bestehende Praktiken einpassen. In ihrer „Technographie“ analysiert Müller-Rockstroh, welche Differenzen auf politischer, moralischer, biologischer und praktischer Ebene um verschiedene Interessen, Konventionen und Ziele der Ultraschallanwendung auftreten, sodass Ultraschall in Tansania neuartige und gleichzeitig multiple Bedeutungen umfasst.

Ursula Wagner befasst sich in ihrem Beitrag mit der durch informierte Einwilligung (*informed consent*) legitimierten Weitergabe von Haut als wertvolle Grundlage biomedizinischer Forschungen in Österreich. Sie beschreibt, mit wel-

chen Zielen und Motivationen PatientInnen die Weitergabe ihres Körpergewebes verbinden und wie sich ihre Einschätzungen von jenen der MedizinerInnen und des Staates unterscheiden. In ihrer Analyse streicht Wagner die Widersprüche zwischen den politischen Ansprüchen der informierten Einwilligung und deren Umsetzung im praktischen Klinikalltag heraus und stellt die prinzipiellen Gegensätze zwischen der Logik von Verkauf und Gabe von Körpersubstanzen dar.

Der Beitrag von *Julia Pauli* und *Susanne Brandner* dreht sich um die neu eingeführte kindliche Sechsfachimpfung in Deutschland. Da in Deutschland keine Impfpflicht besteht, bleibt den Eltern die Entscheidung überlassen, ob ihre Kinder geimpft werden oder nicht. Aus einer *Public-health*-Perspektive heraus untersuchen die Autorinnen, wie mit konträren Informationen zu Vor- und Nachteilen der Impfung im Entscheidungsprozess umgegangen wird und zeigen dabei auf, welche Bedeutung sozialen Beziehungen bei der Entscheidungsfindung, deren Legitimierung und dem Umgang mit Zweifeln an der Richtigkeit der Entscheidung zukommt.

Mit den assistierten Reproduktionstechnologien (ART) in vergleichender Hinsicht befasst sich schließlich der letzte Beitrag dieser Sektion. Anhand von Fallstudien aus Mali und Österreich beschreiben *Bernhard Hadolt* und *Viola Hörbst* die jeweiligen soziokulturellen und strukturellen Kontexte der Nutzungspraxis von ART und stellen die lokalspezifischen Problemlagen insbesondere für NutzerInnen von ART dar. Konträr zur Betonung des transformativen Charakters der ART in der sozialwissenschaftlichen Literatur zeigen Hadolt und Hörbst, wie bereits bestehende Reproduktionsziele die Handhabung von ART in Mali und Österreich durchziehen.

In ihrer Zusammenschau werfen die Beiträge neues Licht auf verschiedene Dimensionen und Formen des medizintechnologischen Transfers und arbeiten neue Aspekte der verflochtenen Welten von Technik, Gesundheit und Gesellschaft heraus.