

# WORLD

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

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

Startseite/Home AGEM Curare Meeting Calendar / Museum / Film Aktuelles Literaturdokumentation Links Kontakte

Die aktuelle Tagung / the actual meeting: AGEM neu/new

Leipzig AGEM & ESE / 08 nov - 10 nov 2007 / 6th Europ. Colloquium Ethnopharmacology

Das aktuelle Heft in Vorbereitung / Curare / the next issues

#### Upcoming events

- 1st EASA Medical Network Conf. La Sapienza deadline 20th may (07.09.)
- 12th Symposium of ICREEFH (13.09.)
- DGV- Tagung "Wa(h)re ,Kultur'" (14.09.)
- Alle anzeigen...

Homepage seit / since / en ligne 1 oct 2003

Newsletter seit / since / en ligne 21 nov 2004

Herzlich Willkommen - Welcome - Bienvenue

歡迎

benvenuto  
bienvenue

welcome Hoş geldiniz

bienvenidos

أَمَلًا وَسَهْلًا ، مَرَحِبًا  
сердечный добро пожаловать

40 Jahre AGEM • 1970 - 2010 • 40 Years AGEM

40 Jahre Zeitschriften für "Ethnomedizin"/Medizinethnologie

40 years journals in medical anthropology • 1971 - 2011



#### Ziele

Die **Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin** (AGEM e.V.) ist 1970 in Hamburg gegründet worden und hat dort als rechtsfähiger Verein ihren Sitz. Sie ist eine Vereinigung von Wissenschaftlern und die Wissenschaft fördernden Personen und Einrichtungen, die ausschliesslich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt.

Aus der Satzung von 1970: Die AGEM postuliert ein "interdisziplinäres Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin" und fördert die Zusammenarbeit zwischen der Medizin einschliesslich der Medizinhistorie, der Humanbiologie, Pharmakologie und Botanik und angrenzender Naturwissenschaften einerseits und andererseits den Kultur- sowie Geistes- und Gesellschaftswissenschaften, insbesondere der Ethnologie, Kulturanthropologie, Soziologie, Psychologie und Volkskunde mit dem Ziel, das Studium der sog. Volksmedizin, aber auch der Humanökologie und der Medizinsoziologie zu intensivieren.

Insbesondere soll die AGEM 1) als Herausgeber einer medizinethnologischen Zeitschrift dieses Ziel fördern sowie 2) durch regelmässige Fachtagungen und 3) durch die Sammlung themenbezogenen Schrifttums der wissenschaftlichen Diskussion dienen.



German

Russian

English

Francais

Italiano

Română

## Zum Titelbild/Cover picture 34(2011)3:

Indexseite/Index page of: [www.agem-ethnomedizin.de](http://www.agem-ethnomedizin.de)

### Vorschau auf das nächste Heft/Forthcoming contributions in *Curare* 34(2011)4:

#### Artikel

- BARBARA FRUTH: Care for Health and Body: An Ethnobotanical Approach to Nkundo Plant Use (*Cuvette Centrale*, DRC) with focus on the Significance of Indigenous Knowledge for the Human Skin
- JOHN M. JANZEN: Towards a Historical Perspective on African Medicine and Health (Reprint 1983)
- MURRAY LAST: Dying by Design?
- BEATRIZ CAIUBY LABATE: Comments on Brazil's 2010 Resolution Regulating Ayahuasca Use
- ANNETTE LEIBING: Drugs for Senility: Two Moments of Alzheimer's Treatment in Urban Brazil.

Berichte/Reports – Buchbesprechungen/Book Reviews – Nachrufe/Obituaries – MAGEM – Dokumentationen – Index 2010 und 2011

### Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – AGEM, Herausgeber der

*Curare*, Zeitschrift für Medizinethnologie • *Curare*, Journal of Medical Anthropology (gegründet/founded 1978)

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



## Zeitschrift für Medizinethnologie Journal of Medical Anthropology



#### Herausgeber im Auftrag der / Editor-in-chief on behalf of:

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

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

Hans-Jörg Assion (Detmold) [info@gpz-lippe.de](mailto:info@gpz-lippe.de) // Ruth Kutalek (Wien) [ruth.kutalek@meduniwien.ac.at](mailto:ruth.kutalek@meduniwien.ac.at) // Bernd Rieken (Wien) [bernd.rieken@univie.ac.at](mailto:bernd.rieken@univie.ac.at) // Kristina Tiedje (Lyon) [kristina@tiedje.com](mailto:kristina@tiedje.com)

#### Geschäftsadresse / office AGEM: AGEM-Curare

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

**Beirat / Advisory Board:** John R. Baker (Moorpark, CA, USA) // Michael Heinrich (London) // Mihály Hoppál (Budapest) // Annette Leibing (Montreal, CAN) // Armin Prinz (Wien) // Hannes Stubbe (Köln)

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

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

#### IMPRESSUM 34(2011)3

#### Verlag und Vertrieb / Publishing House:

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

#### Bezug / Supply:

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

#### Abonnementspreis / Subscription Rate:

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

#### Copyright:

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2011

ISSN 0344-8622

ISBN 978-3-86135-764-3

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



Zeitschrift für Medizinethnologie  
Journal of Medical Anthropology



hrsg. von/ed. by Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM)

**Inhalt / Contents**  
Vol. 34 (2011) 3  
Einzelheft / Single Issue

**Generation Ethnomedizin – Generation Medizinethnologie?**  
40 Jahre AGEM 1970–2010. Rückblicke und Ausblicke III

herausgegeben von / edited by:  
EHLER VOSS

EHLER VOSS: Editorial: 40 Jahre Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – Zeit für eine Oral History der Ethnomedizin/Medizinanthropologie/Medical Anthropology im deutschsprachigen Raum . . . . .	163
AutorInnen/Contributors <i>Curare</i> 34(2011)3 . . . . .	164

**Artikel**

*40 Jahre AGEM – Ausblicke: Zukunftswerkstatt*

TANJA AHLIN: Technology and Cultural (R)evolution: Can E-Health and Telemedicine Give Power to the Patients? . . . . .	165
ALEXANDRA KRAATZ: Ancestor Rituals for Pious Christians: Traditional Healers of the Minahasa in Northern Sulawesi, Indonesia . . . . .	173
ROBERTA RAFFAETÀ: Allergy: A Review of Relevant Studies . . . . .	182
ARNE S. STEINFORTH: The Solid and the Liquid. Identifying Institutions and Fields of Healing . . . . .	193
EHLER VOSS: Domestikationen des Fremden. Die Interpretation von Trance und Besessenheit in der Ethnologie und der Kultur des Medialen Heilens . . . . .	201

*Reprint*

ARTHUR M. KLEINMAN: Cognitive Structures of Traditional Medical Systems: Ordering, Explaining, and Interpreting the Human Experience of Illness (Reprint 1974/5) . . . . .	214
--	-----

**Forum***40 Jahre AGEM – Standortbestimmungen: Rückblicke und Ausblicke*

EHLER VOSS: Generation Ethnomedizin. Fragen an Ekkehard Schröder . . . . . 224

GERHARD RUDNITZKI: Die frühe Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin in Heidelberg: Die Botschaft der 70er – ein verbindliches Erbe für die Medizinanthropologie im 21sten Jahrhundert . . . . . 230

VERENA MÜNZENMEIER: Rasante Entwicklung der Ethnologie und Ethnomedizin in Zürich in den 70er und 80er Jahren . . . . . 237

*Reprints Shaping the Field*

ANTONIO SCARPA: The Italian Institute of Ethnoiatry in Varese, Italy, (Reprint 1968) . . . . . 243

JOHN D. JANZEN: Traditional Medicine now Seen as National Resource in Zaire and Other African Countries (Reprint 1976/7) . . . . . 244

**Buchbesprechungen/Book Reviews** . . . . . 246

AM (Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica) 17+180 (2004) und 19+20(2005). *Medical Anthropology, Welfare State and Political Engagement*. (KATARINA GREIFELD) // Michela Murgia 2010. *Accabadora*. (Roman, aus dem Italienischen). (ASSIA HARWAZINSKI) // Bernhard Hadolt & Monika Lengauer 2009. *Genetische Beratung in der Praxis. Herausforderungen bei präsymptomatischer Gendiagnostik am Beispiel Österreichs*. (AURELIA WEIKERT) // Hansjörg Dilger & Bernhard Hadolt (Hg) 2010. *Medizin im Kontext – Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. (KATARINA GREIFELD) // Dr. med. Mabuse 2009. *Sonderheft „Ekel und Scham“*. Nr. 181, September/Oktober 2009. (ASSIA MARIA HAWARZISKI)

Zum Titelbild . . . . . U2

Impressum . . . . . U2

Hinweise für Autoren/Instructions to Authors . . . . . U3

Endredaktion: EKKEHARD SCHRÖDER, EHLER VOSS, SONJA SCHÖPFEL

Redaktionsschluss: **28.07.2011**

Die Artikel in diesem Heft wurden einem Reviewprozess unterzogen / The articles of this issue are peer-reviewed.

## Buchbesprechungen / Book Reviews

AM, *Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica* 2004/2005. *Medical Anthropology, Welfare State and Political Engagement*. Vol 17–18, ottobre 2004, part I: *Health, State and Politics* // Vol. 19–20, ottobre 2005, part II: *Care and Management of Illness and Distress*. Perugia: Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute (ARGO), 328p. + 328p.

Beide Bände gehen auf die dritte Tagung des Netzwerkes „Medical Anthropology at Home“ (MAAH) zurück, die auf Einladung der „Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute“ im September 2003 in Perugia stattfand. Zwei MAAH-Vorläuferkonferenzen, die eigentliche Gründungskonferenz 1999 in Zeist/Niederlande, an der auch die Rezensentin teilnahm, und in Taragona/Spainien 2001, gab es zu diesem Zeitpunkt bereits, und weitere folgten im zweijährigen Rhythmus bis heute (zuletzt 2010 in Royaumont bei Paris/Frankreich). Dieses Netzwerk zeichnet sich durch seine durchgängige Publikation der Tagungsvorträge aus, so dass auch Nichtteilnehmer später noch partizipieren können, da das strenge Auswahlverfahren nur rund dreißig durchweg aktive Teilnehmer zulässt.

Zwei Tagungsbände zu besprechen, deren Veranstaltung schon sieben Jahre zurück liegt, ist ein sehr gewagtes Unterfangen, zumal ähnliche Beiträge einiger Vortragenden seither bereits in anderen Publikationen erschienen sind. Darüber hinaus sind die beiden Zeitschriftenbände nur schwer öffentlich in Bibliotheken zu finden, die durch Mittelkürzungen an den Universitäten eh nur noch das Vorhalten, was als unbedingt notwendig deklariert wurde.

Der erste Band versammelt Beiträge zum Oberthema *Health, State and Politics*, der zweite zu *Care and Management of Illness and Distress*. Beiden gehen die gleichen, dreisprachigen! (englisch, spanisch, italienisch) Worte an die Leser von TULLIO SEPPILLI, dem Herausgeber der Zeitschrift, und das Editorial der Herausgeber der beiden Bände voraus (PINO SCHIRRIPIA, SYLVIE FAINZANG, der unterdessen verstorbenen ELS VAN DONGEN und JOSEP M. COMELLES). Das zeugt von europäischem Geist und ist in den Augen der Rezensentin keinerlei Verschwendung von Geld und/oder Papier, manifestiert sich doch gerade in dieser Vielsprachigkeit die Vielge-



staltigkeit Europas, die anderswo, mit der Betonung auf dem Englischen, bereits unterzugehen droht.

Allerdings sind die Artikel dann nur noch einsprachig, und leider ist auch zu berichten mehrheitlich englisch (Band I 11 englischsprachige, 5 spanischsprachige, Band II dann 16 englische und nur noch gerade mal 2 spanische). Das ist nicht nur eine Randnotiz, war doch die Reihe einmal angetreten, nicht nur im Anglophonen und für die Anglophonen zu veröffentlichen, sondern sie auch denen mit romanischen Wurzeln zu öffnen, weswegen das Netzwerk im Prinzip mehrsprachig ist, hier englisch und spanisch. Davon ist hier allerdings nicht mehr viel zu bemerken – und wird es vermutlich auch immer weniger, da viele nur noch auf Englisch zu publizieren gewillt sind und auf die Weiterentwicklung eigener Fachsprachen mit entsprechenden psychologischen/erkenntnistheoretischen etc. Konnotationen komplett und auch noch freiwillig verzichten.

*Der erste Band* zum Oberthema „Health, State and Politics“ wird von einem Prolog Ronald Frankenbergs eingeführt, der nach der Einführungsrede von TULLIO SEPPILLI zum Thema „The ethnographers’ shared task with their informants: the eye witness as we-witness or the production of cultures by means of cultures“ schreibt, wobei der Titel bereits genau die Idee des Textes umschreibt. Der Halbband ist in zwei Hauptteile unterteilt, nämlich erstens *Personas, políticas de salud y estados del bienestar/people, politics of health and welfare states*, wobei GIOVANNI PIZZA über Antonio Gramsci und die heutige Medizinethnologie unter dem Aspekt der *hegemony; agency; and transforming persons* reflektiert. Hinzu kommen Artikel über Rechte der Patienten, Risiko und Wahl, über Diabetes 1, und Entscheidungsgewalt auf verschiedenen Ebenen, u.a. im Wohlfahrtsstaat (COMELLES, LUZ, FAINZANG, ALLUÉ, LÜSE, HILDEN, MIDDLETON und eben PIZZA).

Der zweite Hauptteil thematisiert „La salud en contextos multiculturales/Health in multicultural

settings", etwa zu den Befindlichkeiten von ekuadorianischen Immigranten in Murcia/Spain oder zur Kinderpflege von Afrikanerinnen in Perugia/Italien bzw. von der Bedeutung von Nahrung für das Wohlbefinden peruanischer Migranten in Chile (Beiträge von VAN DONGEN, GÓMEZ, MASCARELLA, MENACA, FALTERI, NÚÑEZ, OTEGUI, POMPILI).

Der zweite Halbband wird „praktischer“ und hat unter seinem Oberthema „Care and Management of Illness and Distress“ vier Kapitel, wobei sich das erste den *Viejas y Nuevas Tecnologías Biomedicales/Old and New Biomedical Technologies* widmet, mit Beiträgen von HADOLT, BISGAARD, MELDGAARD, HAXAIRE u. a., STEFFEN und VALERRAMA, die von der Pflege Todkranker über die ersten Erfahrungen neuer Hörerätenutzer bis zu Strategien von Ordnung und Kontrolle in Dänemark reichen. Das zweite Kapitel *Biomedicina y Medicinas Alternativas/Biomedicine and Alternative Medicine* vereinigt Beiträge von Petrangeli, von BAGAGLIA, LÁZÁR und HSU, die von der „Domestizierung sog. wilder Medizin“ zu unkonventionellen Therapien in Ungarn und in Italien sowie allgemeinerer Betrachtungen zu „anderen“ Medizinen und deren Vorgehensweisen in kausalen bzw. anderen Zusammenhängen. Das dritte Kapitel *Narraciones de los pacientes, poder y enfermedad/Patients narratives, power and distress* mit einem deutlichen Akzent auf Nordeuropa (Beiträge zu Südwestfinnland, finnisches Nord-Karelien und Dänemark) und Beiträgen von PELICCIARI, QUARANTA, ADAHL, HONKASALO und HANSEN, wobei die Erfahrungen von Kranken in den Vordergrund gestellt werden. Das vierte Kapitel *Pacientes y terapeutas en el cuidado de la salud mental/On patients and therapists in mental health care* bringt dankenswerterweise drei Beiträge zu diesem insgesamt recht unterrepräsentierten Thema, nämlich von POLCRI, MINELLI und SCHIRRIPIA – und ist es ein Zufall, dass alle drei aus Italien kommen, das sich schon immer sehr der Psychiatrieforschung zugewendet hat? –, wobei sich schon ELS VAN DONGEN im ersten Halbband zu einem psychiatrischen Thema, nämlich unter dem Titel „At the bottom of the gap. Repertoires and the creation of cultural differences in Dutch mental health care“ geäußert hat, wobei hier das multikulturelle Setting im Vordergrund stand.

Insgesamt kann dieses Doppel-Buch mit seinen zwei Halbbänden bzw. den zwei Jahrgängen nicht umfassend beschrieben werden, da auf dieser Tagung und in diesen Beiträgen wie beschrieben sehr

unterschiedliche Akzente im Arbeitsfeld Medizinethnologie gesetzt wurden, die häufig im Kontakt mit „Fremden“ „Zu Hause“ entstanden sind. Jeder Interessierte an Medizinethnologie wird in beiden Bänden etwas für sich zum Nach- und Weiterdenken finden. Allerdings sind beide Bände auch in der Präsenzbibliothek der AGEM im Völkerkundemuseum in Heidelberg einzusehen.

KATARINA GREIFELD, Frankfurt

**MICHELA MURGIA 2010. *Accabadora*. (Roman. Aus dem Italienischen von Julika Brandestini). Berlin: Verlag Klaus Wagenbach, 176 S.**

Der erst 2009 in Italien bei Einaudi in Turin erschienene Debütroman der jungen sardischen Autorin *Michela Murgia* hat offenbar autobiographische Züge. Dies ergibt sich eigentlich nur aus der Widmung am Anfang, die lautet: „Meiner Mutter. Allen beiden“. Einen weiteren Hinweis liefert der kleine Umschlagtext über die Autorin, geboren 1972 in Cabras/Sardinien, die, nach einigen Jahren in Mailand mit Theologiestudium und Unterrichtserfahrung als Religionslehrerin, inzwischen wieder in Sardinien lebt.

„*Accabadora*“ ist die Bezeichnung für eine Frau, die Sterbenden in Agonie zum Tode verhilft, wobei sich Anthropologen nicht einig sind, ob sie tatsächlich existiert oder ob es sich um eine mythologische Figur handelt. Einigen Quellen zufolge soll die letzte *Accabadora* 1952 in Orgosolo gewirkt haben. Die Figur ist Gegenstand vieler sardischer Legenden, in denen sie häufig zugleich auch die Funktion der Hebamme bekleidet. Dies verlautbart die Erklärung im Glossar am Ende dieses Romans. So liegen in der Funktionsbezeichnung und –tätigkeit der *Accabadora* Geburt und Tod nah beieinander; sie beherrscht den Beginn und das Ende des Lebenskreislaufs.

Der Roman erzählt die Geschichte des Mädchens Maria, die im Alter von sechs Jahren von ihrer vielköpfigen, armen Familie als *fill'e anima* an eine ältere, kinderlose Witwe gegeben wird, die sich als Schneiderin den Lebensunterhalt verdient. Eine *fill'e anima* ist eine Art außerjuristischer Adoptivtochter, eine „Seelentochter“, auf der Basis eines freundschaftlichen Übereinkommens, das auf Zuneigung beruht. Sie hat das Recht und die Ge-

wohnheit, den Kontakt zu ihrer leiblichen Geburtsfamilie aufrecht zu erhalten und diese auf Wunsch regelmäßig zu besuchen. Eine *fill'e anima* bietet für eine kinderlose Frau die Möglichkeit, auf unkomplizierte Weise zur Mutter zu werden.

Maria lebt im Haus der Schneiderin, die sie zur Schule schickt und erlebt eine ihr bis dahin fremde Aufwertung ihrer Bedeutung. Sie lernt gerne und begleitet die verwitwete Bonaria Urrai in ihrem bislang einsamen Dasein, das sie ihr aufhellt. In spröden, eindringlichen Sätzen beschreibt *Michela Murgia* den dörflichen Alltag und das Heranwachsen von Maria und anderen jungen Leuten, die Phase der Pubertät und das Erwachen einer nach außen weithin verborgenen Geschlechtlichkeit, die schuldfreien Träume eines pubertierenden Mädchens vom Begehren weckenden Verlobten der Schwester, die sie dennoch beunruhigen und aufwühlen. Struktur dieses Lebens geben die Übergangsriten wie Taufen, Beerdigungen oder Begräbnisse, Geburten, Hochzeiten; durch sie kommt Farbe in das Leben, die Erzählung. Reizvoll erscheinen die detaillierten Schilderungen der Verlobungs- und Hochzeitsvorbereitungen in Form von kollektiven Zubereitungen filigraner Variationen von Mandelgebäcken mit Kaktusfeigensirup, wie sie für den italienischen Süden typisch sind, eingeflochten in die fortlaufende Erzählung. Themen wie die Bedeutung einer starken, gesunden Männlichkeit, um das Leben eines Mannes lebenswert zu machen - die Bedeutung der bearbeiteten eigenen Erde, von deren Fruchttrag man lebt, das Selbstverteidigungsrecht durch Brandlegung gegen Enteignungen und unzulässige Grenzüberschreitungen, was jedoch sogleich Blutrache gegen eine Entehrung der anderen Seite nach sich zieht – all dies sind Themen dieser Erstlingserzählung von *Murgia*, die zugleich authentisch und mythenhaft wirkt.

Aufgestört wird das Mädchen, die Adoptivtochter, durch die Entdeckung seltsamer nächtlicher Ausflüge ihrer zweiten Mutter, die bei solchen erst im Morgengrauen zurückkehrt. Erst nach einigen Jahren beginnt das Mädchen Maria zu verstehen, was diese nächtlichen heimlichen Ausflüge zu bedeuten haben, besonders in einem Fall an Allerseelen, wo als einzigem Tag im Jahr die Türen aller Häuser offen stehen. Das zentrale Kapitel ist das zwölfte: Es ist der Adoptivmutter, der *Accabadora* Bonaria Urrai, gewidmet und schildert deren Initiation in ihre spätere geheime Funktion der Herrschaft über Le-

ben und Tod: Am Beispiel des Aktes der Sterbehilfe durch ihre Mutter, die einer Wöchnerin in ausweglosem Leidenszustand schließlich auf deren eigenen Wunsch hin als Gnadenakt das Leben nimmt: „Mit fünfzehn Jahren erfasste Bonaria bereits, dass man bei bestimmten Dingen dasselbe Ausmaß an Schuld auf sich lud, ganz gleich, ob man sie tat oder nur dabei zusah. Und niemals seit dieser Zeit waren ihr Zweifel gekommen, nicht zwischen Barmherzigkeit und Verbrechen unterscheiden zu können“ (S. 99).

Mit schnörkellosen Beschreibungen von Symboliken, Praktiken und der Bedeutung der Farbe Schwarz, die von Töchtern verwitweter Mütter von klein auf getragen wird, wenn sie vaterlos geboren werden oder aufwachsen, führt *Murgia* behutsam in eine unbekannt Welt des südlichen ländlichen Italiens ein und beschreibt anhand ethnographischer Schilderungen ungewöhnliche Formen von Sterbehilfe, eingebettet in traditionelle Strukturen. Am Ende findet sich die junge erwachsene *fill'e anima* in der Situation, über die Durchführung der Sterbehilfe an ihrer Adoptivmutter, der *accabadora*, entscheiden zu müssen, die in endloser Agonie daniieder liegt. Die junge Frau schwankt in Gewissenskonflikten zwischen Mitleid, Vergeltungsgedanken und zunehmender Bereitschaft zur Tat. Der Tod der Adoptivmutter stellt schließlich eine Befreiung dar, der ihr die Entscheidung über die aktive Ausführung der Sterbehilfe abnimmt.

Im zentralen Kapitel wird der Hintergrund des Vorgangs erläutert, der so häufig als umstrittene offizielle Wahrheit auf den Totenscheinen als Ergebnis erscheint: Herzinfarkt. Diese offizielle Diagnose erscheint im südlichen Italien in auffallend gehäufte Weise als Todesursache auf den Totenscheinen überwiegend jüngerer Männer unter vierzig.<sup>1</sup> Die Realitäten werden anschließend von herbeigerufenen katholischen Priestern offiziell gegenüber den Behörden bestätigt. Eindrucksvoll sind die Beschreibungen des Nebeneinanders paganer und etablierter katholischer Traditionen, die sich teilweise zu vermischen bzw. zu ergänzen scheinen.

Wie es dazu kommen kann, beschreibt *Murgia* in ihrem ethnographischen Roman, der sich erhellend im dunkleren Grenzbereich zwischen Literatur, Religionswissenschaft, Ethnologie und Recht bewegt. Das kleine Glossar am Ende erklärt die wichtigsten sardischen Begriffe der im Roman vorkommenden

<sup>1</sup> Diesen Hinweis verdanke ich der Ethnologin und Religionswissenschaftlerin Annemarie Gronover.

Termini. Ein bemerkenswertes Erstlingswerk über das Zusammentreffen einer scheinbar vergangenen, archaischen Welt mit der italienischen Moderne, der Versuch einer Antwort auf die Frage, ob die Dinge, die geschehen sollen, im richtigen Moment von allein geschehen. Die Erzählung liest sich sowohl als literarisches Werk als auch als Neugier weckender Text auf eine Reise nach und durch Sardinien mit dem gewecktem Forscherblick; es könnte ja sein, dass einige Mythen noch sehr lebendig sind und in jenem Grauzonenbereich verschwimmen, der manchmal so schwer zu erhellen ist.

ASSIA MARIA HARWAZINSKI, Tübingen

**BERNHARD HADOLT & MONIKA LENGAUER 2009.** *Genetische Beratung in der Praxis. Herausforderungen bei präsymptomatischer Gendiagnostik am Beispiel Österreichs.* Frankfurt/New York: Campus Verlag, 247 S.

Der Kultur- und Sozialanthropologe BERNHARD HADOLT ist Senior Researcher am Institut für Höhere Studien in Wien und Lehrbeauftragter am Institut für Kultur- und Sozialanthropologie der Universität Wien. Die Kultur- und Sozialanthropologin MONIKA LENGAUER arbeitet im Flüchtlingsbereich der Caritas Wien.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Möglichkeiten und Herausforderungen der präsymptomatischen Gendiagnostik. Das Buch basiert auf einer Studie des Forschungsprojekts *Gen-Dialog – Neo Socratic Dialogues for Improved Genetic Counselling*. Die Diskrepanz zwischen diagnostischer Sicherheit und prognostischer Unsicherheit sowie auch das Auseinanderklaffen von Diagnose und fehlender Therapie mitsamt den Folgen für Betroffene sind Thema des Buches. Durch das Fortschreiten der genetischen Diagnostikmethoden können Genmutationen als Ursache für sich später manifestierende Krankheiten diagnostiziert werden, lange bevor sich Symptome der Krankheit zeigen. Allerdings können nur bei wenigen Krankheiten sichere Aussagen über den Zeitpunkt des Ausbruchs getroffen werden. So sicher das Ergebnis der Diagnostik sein kann, so unsicher ist Zeitpunkt, Verlauf und Schwere der Krankheit. Zusätzlich stehen nur für wenige Erkrankungen effektive therapeutische Maßnahmen zur Verfügung. Bezüglich des Um-

ganges mit den Informationen über eine Diagnose stehen das Recht auf Wissen wie auch auf Nichtwissen sowie die Gewährleistung einer selbstbestimmten Entscheidung als Beratungsprinzip außer Frage; nicht zuletzt um die neue Genetik von der alten Genetik/Eugenik abzugrenzen. Vor diesem Hintergrund thematisiert das Buch unterschiedliche Konzepte von Beratung; wobei die Beratungspraxis in Österreich mittels einer sozialwissenschaftlichen Perspektive und ethnografischen Erhebungen dargestellt wird. Den AutorInnen geht es um das Aufzeigen von genetischer Beratung in ihrer Variabilität, d.h. welche Personen, Logiken, Beratungskonstellationen und Praxisformen spielen dabei eine Rolle; vor allem, wie gehen BeraterInnen und Beratene mit diesen Herausforderungen um.

Das Buch ist in zwölf Kapitel unterteilt und gliedert sich in zwei Teile, wobei der erste „Theoretischer Hintergrund“ den Forschungsgegenstand sowie die Fachliteratur, der zweite „Genetische Beratung als soziale Praktik“ eine Analyse des erhobenen Datenmaterials mit Bezügen zur Theorie darstellt.

#### *Theoretischer Hintergrund*

Das Kapitel 2 (*Verständnis und Bedarfsbegründung genetischer Beratung*) widmet sich zu Beginn den Fragen des Beratungsbedarfs. Die Problematik der genetischen Information manifestiert sich nicht nur aufgrund der Geschichte der Eugenik und Human-genetik, sondern betrifft heute (1) die Unveränderlichkeit des genetischen Status einer beratenen Person, (2) das variable Auftreten von spätmanifestierenden Erkrankungen und (3) die Relevanz dessen für Familienangehörige. Schließlich wird die Diskrepanz zwischen diagnostischen Möglichkeiten und Therapieoptionen als weiteres Problem genetischer Beratung aufgezeigt. Als Folge dieser Problematiken ergibt sich die Notwendigkeit von Beratung, wobei sich die AutorInnen mit verschiedenen theoretischen Zugängen zu Beratung mit Blick auf die Beratenden wie Beratenen ausführlich auseinandersetzen. Den Besonderheiten genetischer Beratung, wie Therapiedefizit, Risikowahrscheinlichkeiten und Ungewissheit, werden dabei besonderes Augenmerk gewidmet. KlientInnenorientierung bezieht sich nicht nur auf die eben erwähnten Besonderheiten, sondern bedeutet auch den Umgang mit Drittbetroffenen, also Familienangehörigen. Der Frage nach den geeigneten Beratungsprinzipi-

en unter Beibehaltung von PatientInnenautonomie, dem Recht auf Nichtwissen oder Nichtdirektivität kommt hier besondere Bedeutung zu.

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht beschäftigt sich Kapitel 3 (*genetische Beratung als sozialwissenschaftlicher Forschungsgegenstand*) mit der Verbindung von Beratungshandeln und medizinischem Handeln. Welche Bedeutung hat Beratung in der Wissensgesellschaft, wo mehr Wissen nicht unbedingt mit einem mehr an Eindeutigkeit oder Sicherheit einhergeht? Das Verhältnis zwischen MedizinerIn und PatientIn im Rahmen genetischer Konsultation wird aus sozialanthropologischer und kulturwissenschaftlicher Sicht beleuchtet: Moderne biomedizinische Definitionen von Gesundheit und Krankheit sind wissenschaftshistorisch junge Modelle. Unterschiedliche Konzepte des Risikos, vor allem in Zusammenhang mit genetischer Diagnostik, werden vorgestellt, wobei die beiden AutorInnen eine differenzierte sozialwissenschaftliche Sicht auf die Bedeutung der Beratungssituation wie auf den Umgang der betroffenen Personen mit dem Risiko vorschlagen.

Kapitel 4 (*präsymptomatische Gendiagnostik*) beschreibt den medizinisch-technischen Gegenstandsbereich sowie die Aussagenkraft von Gentests. Folgende Einteilungssystematiken von Gendiagnostik werden angeführt: Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein von Krankheitsbezügen, Untersuchungszeitpunkt, Art des Auftretens der Genmutation, zeitliche Ausprägung des Phänotyps, sowie Untersuchungsebene (auf der Ebene des Phänotyps, der Chromosomen, der Gene, der Proteine). Während bereits bei monogenetisch bedingten Erkrankungen nur eine bedingte Vorhersagbarkeit möglich ist, ist die Aussage über multifaktoriell bedingte Erkrankungen noch schwieriger. Infolge dessen machen die AutorInnen die Sinnhaftigkeit und den Nutzen von präsymptomatischer Gendiagnostik von den Möglichkeiten einer medizinischer Folgebehandlung anhängig.

#### *Genetische Beratung als soziale Praktik*

Kapitel 5 beschäftigt sich mit der *Institutionalisierung klinischer Genetik in Österreich* und erklärt die im Österreichischen Gentechnikgesetz festgeschriebene Regel, dass ausschließlich MedizinerInnen genetische Beratung durchführen dürfen. Damit unterscheidet sich die österreichische Praxis von anderen Ländern, wo eigens ausgebildetes Personal

(wie genetic counsellors oder genetic nurses) genetische Beratungen durchführen darf. Die Durchführung von genetischer Beratung in Österreich ist zweigeteilt. Hadolt und Lengauer unterscheiden zwischen „autonomer“ Genetik, wozu FachärztInnen für Humangenetik bzw. für medizinische Genetik zählen, und „additiver“ Genetik, wozu FachärztInnen Genetik als Zusatzausbildung erworben haben (S. 99). Wesentlicher Unterscheid ist, dass im Bereich der *autonomen Genetik*, Beratung und medizinische Behandlung von zwei Personen, im Falle der *additiven Genetik* Beratung und medizinische Behandlung von ein und derselben Person durchgeführt wird. Hadolt und Lengauer erwähnen die Konflikte zwischen VertreterInnen der autonomen und additiven Genetik. Die beiden AutorInnen unterscheiden drei Beratungssettings, in denen in Österreich genetische Beratung durchgeführt wird: die allgemeine genetische Beratungsstelle, die Spezialambulanz für einen ausgewählte Erbkrankheit, und die humangenetische Beratungsstelle für reproduktive Fragen.

Kapitel 6 (*Das Beratungsgeschehen und seine Doings and Sayings*) beschäftigt sich mit zwei ausführlich dargestellten Beratungssitzungen. Die Themen, die Art und Weise der Gesprächsführung, der Ablauf, sowie die Handlungen von BeraterInnen und Beratenen während der Sitzungen stehen im Zentrum der Analysen. Die Methode des absichtlichen Wechsels zwischen der beschreibenden und analytischen Ebene macht das Beratungsgespräch für die Lesende lebendig und gut nachvollziehbar. Im Anschluss daran beschreibt Kapitel 7 (*Betroffenheitserklärung*) das vorrangige Ziel einer genetischen Beratung: Auf welche Art und Weise sind eine Person und ev. ihre Angehörigen von einer genetischen Erkrankung betroffen? Die Klärung darüber findet innerhalb eines oder mehrerer medizinischen Settings statt.

Die Voraussetzungen und Motive, die Menschen zum Aufsuchen einer genetischen Beratungsstelle bewegen, sind Thema des 8. Kapitels (*Motive und Präfigurationen*). Wesentlich ist für Hadolt und Lengauer, dass die Motivation um das Aufsuchen einer genetischen Beratung immer Teil von mehreren und verschiedenen Praktik-Arrangements (S. 150) ist, die einander überlappen, durchdringen, einander abweisen, beschränken und ermöglichen. Drei präfigurierende Faktoren werden im Zuge der Analyse hervorgehoben: die Art der ev. Erkrankung,

des Weiteren die Erfahrung mit der Erkrankung auch innerhalb der Familie, und schließlich die spezifische Beratungstradition der BeraterInnen, z.B. Ausbildung und Spezialisierung der Einrichtung.

Der *Betroffenheitshandhabung* und *Klärungsreichweite* sind die nächsten beiden Kapitel 9 und 10 gewidmet. Hadolt und Lengauer unterscheiden zwischen beratungsfokussierter (1) und behandlerweiterter (2) Betroffenheitshandhabung. (1) Bei ersterer liegt der Fokus auf der Diagnose bzw. Prognose. Gekennzeichnet ist diese durch eine schwer zu stellende Diagnose, eine anspruchsvolle Vermittlungsarbeit, sowie ein Therapiedefizit. Der *site* ist eine humangenetische Beratungsstelle, wie in Kapitel 5 beschrieben. (2) Die zweite *Betroffenheitshandhabung* zeichnet sich durch eine vergleichsweise einfache diagnostische Situation, die Verfügbarkeit effektiver medizinischer Maßnahmen und durch Vorsorgeprogramme aus. Auch gibt es hierbei die Möglichkeit, Beratung und Behandlung in einer Person anbieten zu können. Die Grenzen zwischen Beratung und Behandlung sind fließend. Die *sites* solcher Beratungen sind Spezialambulanzen für eine ausgewählte Erbkrankheit oder eine humangenetische Beratungsstelle für reproduktive Fragen. Mit *Klärungsreichweite* wird eine weitere Dimension von Betroffenheitserklärung angesprochen: die eigene Betroffenheit aber auch mögliche Konsequenzen für Angehörige. Die AutorInnen konstatieren drei Arten von Klärungsreichweite: die „erkrankungsfokussierte“ Betroffenheitsklärung ist auf die Erkrankung bezogen, die „psychosozial-erweiterte“ ist auf „lebensweltlich-lebenspraktische“ Umstände bezogen (S. 179) und bei der „Schicksalsentscheidung“ (S. 180) erweitert sich die Betroffenheit auf Fragen der Reproduktion.

Betroffenheitshandhabung und Klärungsreichweite als Teil der „teleoaffektiven Struktur“ (S. 197) sind Thema im 11. Kapitel (*Beratungslogiken*). Teleoaffektive Strukturen regeln, welche Tätigkeiten als richtig und akzeptabel gelten können und beinhalten eine Kombination von Zielen, Projekten und Aufgaben. Diese *Ziel-Projekt-Aufgaben-Kombinationen* (S. 197) klären, welche Tätigkeiten in welcher Weise auszuführen sind, welche Soll-Erwartungen bestehen und welche zukünftigen Tätigkeiten annehmbar sind.

In den *Schlussbetrachtungen: Zwischen Beraten und Vorsorgen* (Kapitel 12) spannen Hadolt und Lengauer einen gelungenen Bogen zwischen den

theoretischen Ausführungen und ihrer empirischen Forschung. Die Konsequenzen für die Beratungspraxis und die Formulierung von Beratungsprinzipien stehen im Zentrum dieses letzten Kapitels. Entgegen der in der Fachliteratur angegebenen Zentralität der Entscheidungsthematik geht es im Rahmen der genetischen Beratung oft gar nicht um Entscheidungen. Sei dies bei Beratungen mit der Klärungsreichweite Schicksalsentscheidung, aber auch in Hinblick auf die Durchführung eines Gentests. Gentests sind zwar ein Thema, über das aufgeklärt wird, ob ein Gentest aber durchgeführt werden soll oder nicht, ist oft nicht Thema der Beratung. Laut Berichten von BeraterInnen kommen Personen erst dann in einen Beratungsstelle, wenn sie schon einen Entschluss für eine Testung gefasst haben. Entscheidend dabei ist, ob präventive oder therapeutische medizinische Maßnahmen vorhanden sind.

Das Prinzip der *Nichtdirektivität*, wie sie vor allem in deutschsprachigen Ländern vertreten wird, bleibt ein zentrales ethisches Prinzip, trotz Hinterfragung in der beratungstheoretischen und sozialwissenschaftlichen Literatur. Die Rolle des/r Arztes/Ärztin legt eine Handlungsempfehlung nahe, und solange Gesundheit als erstrebenswertes Gut gilt, treten andere Wertorientierungen, wie Recht auf Nichtwissen oder Nicht-Behandlung, in den Hintergrund. Insofern lebensweltliche Entscheidungen, wie etwa die Entscheidung über einen Kinderwunsch oder einen Berufswechsel, relevant sind, können die BeraterInnen keine Handlungsempfehlungen abgeben, da dies nicht in ihre Expertise fällt. Insofern wirkt sich die Nichtexistenz medizinischer Handlungsmöglichkeiten auf die Beratungssituation aus.

Bzgl. der Diskussion von Nichtdirektivität als homogenes Konzept widersprechen eigene empirische Untersuchungen und neuere sozialwissenschaftliche Arbeiten dem Postulieren von *einer* klinischen Praxis der genetischen Beratung, die durch *ein* ethisches Prinzip geleitet werden soll. Hadolt und Lengauer plädieren für unterschiedliche Beratungskonstellationen, wie sie in den Beratungslogiken *Aufklären, Beraten, Vorsorgen, Betreuen* und *Anleiten* herausgearbeitet haben. Die AutorInnen prägen in Anlehnung an Kessler die Begriffe Ergebnisdirektivität - als Beeinflussung der inhaltlichen Entscheidung der KlientInnen - und Prozessdirektivität - als Steuerung des Entscheidungsprozesses

ses (S. 220). Nicht zuletzt kann Nichtdirektivität schwer als absoluter Wert aufrecht bleiben, da die Interaktion zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn immer asymmetrisch ist und keine scharfe Trennung z.B. zwischen Information oder Manipulation zu ziehen ist.

Im Zuge neuer medizinischer Entwicklungen und weiterer Testmöglichkeiten bleibt das Prinzip *verantwortungsvolle Beratung* oder *counselling response* (S. 222) als ethische, rechtliche und soziale Herausforderung und nicht zuletzt auch in Hinblick auf die Geschichte gültig. Die AutorInnen haben ein spannendes und lesenswertes Buch für SozialwissenschaftlerInnen und MedizinerInnen vorgelegt.

AURELIA WEIKERT, Wien

**HANSJÖRG DILGER & BERNHARD HADOLT (Hg) 2010. *Medizin im Kontext – Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt: Peter Lang Verlag, 447 S.**

Das zu besprechende Buch vermittelt einen guten Überblick über die zeitgenössische deutschsprachige medizinethnologische Forschung, „multi sited“ und verschiedenen Interessengebieten) folgend. Es beginnt mit einer *Einführung* des zweiköpfigen Herausgeberteams HANSJÖRG DILGER und BERNHARD HADOLT mit „Überlegungen zu einer Sozial- und Kulturanthropologie der Medizin(en) in einer vernetzten Welt“, in der grundlegende Begriffe geklärt werden und herausgehoben wird, dass „der Kontext“ oder „im Kontext“ wichtige Begriffe sind, um die „Medizinen“ richtig zu verorten und/oder zu verstehen.

Vielleicht sollte noch vorangeschickt werden, dass das Buch auf eine Veranstaltung zurückzuführen ist, die zur 10-Jahres-Feier der *AG Medical Anthropology in der DGV* (Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde) in Berlin 2007 durchgeführt wurde. Ihr Gewährsmann Arthur Kleinman wird denn auch gleich am Anfang eingeführt, der 2008 feststellte, dass die internationalen Institutionen mit ihren Faktenkurzdarstellungen und praktisch angelegten Studien in aller Regel ein verkürztes Bild über die reale Situation der lokalen Zusammenhänge von Erkrankungen bieten, und damit den Realitäten nicht gerecht werden. Das wird zumindest schon seit Beginn der 1980er Jahren von EthnologInnen

ausdauernd beklagt, die für ein kompletteres Bild „mit Kontext“ eintreten. Aber es ist gut, wenn dies immer wieder und von verschiedensten Seiten eingefordert und schließlich in der wissenschaftlichen Praxis umgesetzt wird. Die Herausgeber schlussfolgern denn auch, dass „Kontext (...) demnach nicht nur im Außen der Medizin zu verorten (ist), sondern auch in ihrem Innen“ (die Autoren meinen damit die medizinischen Praktiken und Wissensformen). „Dies gilt nicht nur für die Biomedizin, sondern für alle Formen von Medizin“, was unbedingt richtig ist. Denn „... in der Beforschung der Medizin (geht es) darum, die *politics inside medicine* zu verstehen“ (S. 19, im Original kursiv). Auch das ist richtig, nur stellt sich die Frage, ob hier nicht z.B. auch die Rede sein könnte von „politikgeleitet“ oder Ähnlichem – statt von „politics inside medicine“ zu sprechen. Dann könnte dieser Gedanke richtig medizinethnologisch gefasst werden, denn Sprache ist auch Ethnologie. Auch in anderen Abschnitten dieser Einführung wimmelt es von Anglizismen, die völlig unnötig sind, da es Entsprechungen gibt, die es weiterzuentwickeln gilt.

Dilger und Hadolt setzen sich im folgenden mit der ethnologischen Diskussion zur Produktion von Wissen und Texten auseinander und schlagen vier große Orientierungslinien vor, die sich auch in der Produktion der Texte für dieses Buch niedergeschlagen haben: Erstens sollte bestimmt werden, „... wie die jeweiligen „Kontexte“ eines zu untersuchenden Phänomens hinsichtlich ihrer Relevanz und Detailliertheit zu bestimmen sind“ (S. 23), ein Problem, das ethnologischer Forschung inhärent ist, insbesondere dann wenn verschiedene Themen einander zugeordnet werden, wie es regelmäßig in der Medizinethnologie vorkommt, die sich aus „Medizin“ und Ethnologie speist. Zweitens ist die „Art der Beziehung zwischen Phänomen und Kontext“ zu klären und drittens ist ein „Überdenken der theoretischen, methodologischen und ethischen Grundlagen“ vonnöten (S. 24), was auf jegliche sozial- bzw. kulturwissenschaftliche Forschung zutrifft. Viertens braucht es „... einen zunehmend inter- und transdisziplinären Ansatz ...“ (S. 25), der nach Verständnis der Rezensentin gerade Grundlage der Medizinethnologie ist.

Während also die Public Health Vertreter stärker die verschiedenen Kontexte ausklammern, um zu einer generellen Aussage zu kommen, verdichten die Ethnologen diese.

Aber mal Hand aufs Herz: warum werden die medizinethnologischen oder – wie es in der Public Health Sprache heißt – qualitativen Methoden häufig schlecht geredet und nicht genügend anerkannt? Weil, wie Dilger und Hadolt formulieren, Ethnologen zugeben, dass ihr Wissen immer unvollständig ist? Weil, wie die Rezensentin weiter aus dem Gesagten etwas überspitzt schlussfolgert, Ethnologen die ehrlicheren Menschen sind, die anerkennen, dass ihre Forschung den Kontext mitprägt?

Damit sind wichtige Punkte angesprochen, die bei der interdisziplinären Diskussion zu beachten sind und die in der Folge uns dazu bringen sollten, nicht zu bescheiden aufzutreten, sondern unsere medizinethnologischen Erkenntnisse viel offensiver zu vertreten.

Das Buch teilt sich nach der Einführung in *sechs große Abschnitte*. Im ersten geht es um „Neue Technologien und medizinische Praxis“, die unseren Alltag dramatisch verändern können, sei es die Gentechnik oder, neben vielem anderen, die Reproduktionstechnologien. Die Beiträge werden von Viola Hörbst kurz vorgestellt. Von Ultraschall in Tansania (BABETTE MÜLLER-ROCKSTROH) über Impfsentscheidungen Kölner Eltern (JULIANE PAULI & SUSANNE BRANDNER) und Gewebespenden (URSULA WAGNER) bis zu assistierter Reproduktionstechnologie in Österreich und Mali (BERNHARD HADOLT & VIOLA HÖRBST) reicht das Spektrum der Beiträge, die die unterschiedlichen Wahrnehmungsweisen und Kontexte beleuchten, in denen Entscheidungen (etwa zur Gewebeentnahme) getroffen werden, die von den Fachleuten und den Subjekten ganz unterschiedlich bewertet werden. Im Fall der männlichen Infertilität in Mali können solcherlei Hightech-Untersuchungen Frauen und Männern dazu verhelfen, sich damit u. U. abzufinden und die sonst der Infertilität beschuldigten Frauen zu entlasten und besser wertzuschätzen.

Der *zweite Abschnitt* „Migration und Medizin in transnationalen Verflechtungen“ bringt nach einer Einleitung von YVONNE ADAM und KRISTINE KRAUSE Beiträge zu Wochenbetterkrankungen chinesischer Migrantinnen in Berlin (GUDRUN KOTTE), Erwartungen und Realität am Arbeitsplatz ghanaischer Krankenschwestern (CHRISTINE BÖHMIG), afrobrasilianische Rituale und Therapien in Portugal (CLARA SAREIVA). Außerdem kommt ein Beitrag zu Tuberkulose in Deutschland und wie diese zu einer Migrantenkrankheit gemacht wird, indem Sta-

tistiken nicht immer korrekt interpretiert werden, sondern interessengeleitet nach dem Motto „TB ist weiterhin eine große Gefahr“ und muss daher auch in Deutschland adäquat finanziert werden. Das soll letztlich der Erhaltung von Arbeitsplätzen dienen, was nach Meinung der Rezensentin nicht *per se* verwerflich, aber die Vermengung von Fakten und Interessen zum Sinnbild der TB-Gefahr aus dem „Osten“ schon, die die Autorin (JANINA KEHR) treffend darstellen konnte.

Der *dritte Abschnitt* über „Traditionelle Medizin“ als strategische Ressource“ wird von MICHAEL KNIPPER und BERNHARD WÖRRLE eingeleitet und bringt Beispiele dazu aus Ecuador (MICHAEL KNIPPER), Südafrika (JULIA ZENKER), Tansania (WALTER BRUCHHAUSEN) und von tibetischen Ärzten in Indien (FLORIAN BESCH). Es wird aufgezeigt, dass traditionelle Medizin als politische Ressource genutzt wird, um spezifische Interessen durchzusetzen. Das gilt nicht nur in den nationalen Kontexten, sondern auch international, wenn etwa die WHO versucht, durch die Aufwertung „traditioneller Medizin“ diese unter Kontrolle zu bringen, indem sie in erster Linie auf die materiellen Elemente, also Heilpflanzen fokussiert, die spirituellen Partien aber weglässt, die jedoch gerade im Interesse der (tansanischen, aber auch anderen) Kranken liegen – eine Tendenz, die sich übrigens in vielen Ländern verfolgen lässt. Andererseits waren die spirituellen Elemente noch nie eine Stärke der Biomedizin (und damit der WHO), so dass eigentlich nichts weiter zu beklagen ist, als dass der Status quo beibehalten wird – sicher nicht zum Schaden der Beteiligten.

„Soziale Sicherung und Gesundheitsfinanzierung“ (oder nicht doch eher „Krankheitsfinanzierung“?) als *viertem Abschnitt* wird von ANGELIKA WOLF eingeleitet und versammelt drei Beiträge, deren erster am Beispiel von „Artabana“ über Möglichkeiten und Grenzen nicht-staatlicher Gesundheitsfürsorge in Deutschland informiert (EHLER VOSS). Der zweite thematisiert gemeindebasierte Krankenkassen in Mali und zeigt auf, welche Interessen leiten, um in einen solchen Verbund einzutreten und Krankheitsrisiken abzusichern (ALEXANDER SCHULZE). Der dritte Beitrag beschäftigt sich mit dem Thema Zukunftsverständnis und Gesundheits-sicherung in Burkina Faso und wie diese das Verhältnis zum Thema Krankenversicherung bestimmt, wobei mit dem weit verbreiteten Missverständnis und Vorurteil aufgeräumt wird, dass „der Afrikaner“

an keiner weiterreichenden Zukunftssicherung interessiert sei (EVELYN WLADARSCHE).

Der *fünfte Abschnitt* zum Thema „Urbanisierung – eine Gefahr für die Gesundheit“, eingeleitet von BRIGIT OBRIST, vereint vier Beiträge, wobei allein drei sich mit dem Thema HIV/AIDS und Urbanisierung beschäftigen (HANSJÖRG DILGER zu Tansania, NOEMI STEUER zu Mali und PATRICIA SCHWÄRZER zu Burkina Faso). Der vierte Beitrag widmet sich dem Thema, wie Public Health Experten einerseits und Medizinethnologen andererseits mit (medizinischer/sozialer) Verwundbarkeit (Vulnerabilität) und Gefährdung umgehen und welche Leitfragen sich daraus für die medizinethnologische Forschung ergeben. Ein wichtiges Phänomen sollte bei der weiteren Untersuchung, so OBRIST, nicht fehlen, nämlich das der „Macht“ und wie diese sich in den verschiedenen Kontexten ausdrückt (auch in ihrer Form als Ohnmacht, wie die Rezensentin ergänzen möchte) – nur dann lassen sich die verschiedenen Ebenen und Sichtweisen ergründen und ein komplexes Bild der jeweiligen Realität schaffen. Damit kann die Medizinethnologie weit über die Erfahrungen der reinen Gesundheitsforschung hinausgehen. Das Kapitel endet mit einem Aufruf, dem sich die Rezensentin ganz und gar nicht verschließen möchte, nämlich mit einem Aufruf (an afrikanische, asiatische und südamerikanische Vertreter) zur Emanzipierung von den bisherigen europäischen oder nordamerikanischen Lösungen. Vielmehr sollten urbane Gesundheitsprobleme und deren Lösungen in den Kontinenten „mit Bezug auf lokale Formen von Modernität reflektiert und beurteilt werden. Daher muss „eine offenere Haltung entwickelt werden (...), die Initiativen vor Ort als eigenständige Handlungs- und Denkansätze wertschätzt, auch wenn sie für uns überraschende Wege einschlagen“ (S. 425, Hervorhebung durch die Rezensentin). Dazu ist ein langer Atem nötig, der nicht immer vorhanden ist, denn im Entwicklungskontext gilt es im Allgemeinen schnell zu handeln und fixe Lösungen zu präsentieren, die eben den bekannten Modellen folgen – was, wie Obrist schreibt, nicht immer dem Kontext gerecht wird.

Ein *letzter Abschnitt* nennt sich „Ausblick“, wo THOMAS HAUSCHILD seinen Beitrag „Ethnomedizin, medizinische Ethnologie, Medizinanthropologie: Erfolge, Misserfolge und Grenzen“ vorstellt, in dem er von den Anfängen der Ethnomedizin ausgeht, über seine eigenen ethnomedizinischen Arbeiten in

Italien nachdenkt, die aufgrund ihrer Komplexität noch immer nicht zum Ende geführt sind (oder ist es nicht eher Zeitmangel und anders gelagertes Interesse) und schließlich die diskursanalytische Enthusiasmus lobt, die das ganze Buch durchziehe. Oder anders gesagt: „Die diskursanalytische Abstinenz, die ich für wohltuend angesichts der Illusionen der Vergangenheit halte, sollte in einen neuen Empirismus eingebaut werden, der die Interdisziplinarität, den existenziellen Tenor, die Begeisterungsfähigkeit (...) der alten Ethnomedizin mit der sozialanthropologischen Klarheit der neuen Ansätze verbindet, mit ihrer theoretischen Stringenz“ (S. 438). Nun, das ist schön gesagt, und sollte auch in den Augen der Rezensentin eine Aufgabe für die Zukunft sein, um Medizinethnologie als Disziplin interessant zu lassen und die Grundlagen weiter zu verbreitern, um letztlich bessere Lebensbedingungen für alle zu schaffen. Denn darum geht es doch in der Essenz in der Medizinethnologie, nicht um l'art pour l'art, sondern um einen Beitrag zur größeren Gesundheit, die weit mehr als nur die körperliche Befindlichkeit ist, sondern auch von (macht-)politischen Bedingungen direkt beeinflusst ist.

Leider ist das Buch teuer, und da es im Peter Lang Verlag erschienen ist, der keine Buchhändler-rabatte gewährt, auch nicht in den Buchhandlungen vorrätig. Damit kann die interessierte Leserin sich nicht vorab ein Bild beim Blättern machen, ob das Buch nun wirklich den eigenen Interessen gerecht wird, was bei dem stolzen Preis doch nur zu wünschen wäre.

Zum Schluss noch ein Wort zur Geschichte bzw. zum Geburtstag: die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. feierte im letzten Jahr (2010) ihr 40-jähriges Bestehen, so dass der Überblick über neue medizinethnologische Forschungen mitsamt dem Ausblick trefflich in das gesamte Geburtstagspanorama passt.

KATARINA GREIFELD, Frankfurt

**DR. MED. MABUSE 2009. Sonderheft „Ekel und Scham“. Nr. 181, September/Oktober 2009**

Das Sonderheft Nr. 181 (2009) setzt sich mit den Ekel- und Schamgefühlen von Menschen auseinander, die in Gesundheitsberufen tätig sind und ständig mit der Herausforderung schlechter Gerüche von

Ausdünstungen und dem Anblick Ekel erregender Wunden und Körperreaktionen konfrontiert werden. Im Schwerpunkt-Teil nähern sich mehrere Autoren und Autorinnen einem stark tabuisierten Thema, das im Gesundheitswesen Tätige in der täglichen Arbeit oft an ihre Grenzen bringt: Dem Gefühl des Ekel und der Scham. Von Angehörigen in Gesundheitsberufen wird erwartet, dass sie alles aushalten, was derartige Gefühle aufkommen lässt; die Frage, wie man sich dieses Aushalten aneignet, wird in der Ausbildung bisher kaum gestellt. Hebammen, Physiotherapeuten, Ärzte, Krankenpfleger, Pflegepädagogen und Sozialarbeiter schildern freimütig ihre Erfahrungen und den Umgang mit Situationen, die bei ihnen heftige Scham- und Ekelgefühle ausgelöst haben, aber wesentlicher Bestandteil ihrer alltäglichen Arbeit sind.

Die Hebamme *Bettina Salis* spricht über die verschwiegene Begleiterscheinung einer Geburt: Den Austritt von Kot bei der Gebärenden, wenn der Kopf des Kindes auf den Darm drückt. Dies passiert auch, wenn der Darm vor der Geburt durch Abführmittel oder Einlauf entleert wurde. Sie beschreibt die Scham der Gebärenden wie ihre eigene Hoffnung, dass „hoffentlich nicht noch mehr komme“. Die Gerüche einer Geburt seien sehr stark, der Schweiß Stress-Schweiß, der Fäkaliengeruch der einer Jauchegrube. Den Ausgleich bildet am Ende das Baby: „Neugeborene riechen göttlich“.

Die Physiotherapeutin *Christiane Frisch* beschreibt ihre Erfahrung mit einem tracheotomierten jungen Mann, der aufgrund einer Hustenattacke einen Klacks Schnodder in hohem Bogen aus einem Loch im Hals mitten in ihr Gesicht schleuderte – worauf sie zunächst einmal pausieren, sich waschen und desinfizieren musste. Das ist dreißig Jahre her; sie war sich bewusst, dass der junge Patient nichts dafür konnte.

Die Gesundheits- und Krankenpflegerin *Regina Ruppel-Linker* schildert ihre Schamgefühle, als junge Krankenschwester ohne große Erfahrung mit Männern zum ersten Mal in ihrer Tätigkeit einen schwerkranken männlichen Patienten komplett waschen zu müssen, der kaum älter war als sie selbst. Sie sei am Ende genauso durchgeschwitzt gewesen wie der Schwerkranke, eine reine Stressreaktion. Inzwischen habe sie Routine und würde Männer grundsätzlich soviel wie möglich selbst machen lassen.

Der junge Assistenzarzt *Jürgen Huber* schildert seine Schwierigkeit, mit Erbrechen umzugehen, besonders, wenn sich Blut beimengt. Am Beispiel der Untersuchung einer älteren, an Magenkarzinom leidenden Frau beschreibt er den Kampf mit ihrer und seiner eigenen Übelkeit in einer Situation, in der die Frau auf ihn angewiesen war und sich ständig selbst entschuldigte, weil es ihm, dem Arzt, dabei schlecht ging. Mit hohem Adrenalinpiegel machte er seine Arbeit weiter und beruhigte die Patientin, die in derselben Nacht verstarb.

Der Psychiater *Martin Teising* beschreibt, wie ein älterer Mann in der Therapie plastisch seine Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg schilderte, darunter die Beschreibung verfaulender Innereien und Ähnliches – Dinge, denen jeder Soldat in einer Kriegssituation ausgesetzt ist. Diese Situation löste beim Therapeuten schwere Ekelgefühle aus – und zugleich Scham, weil er fürchtete, der Situation und dem Gespräch nicht mehr gewachsen zu sein.

Der Aufsatz von *Birgit Rudolphi* widmet sich systematisch dem Thema Ekel als Tabuthema in der Pflege. Systematisch leitet sie das Gefühl von Ekel als einem der stärksten Abwehrgefühle des Menschen ein. Es gehört zum pflegerischen Arbeitsalltag wie die körperlichen Ausscheidungen, Ausdünstungen und ungewollten Anblicke krankheitsbedingter Prozesse körperlicher Zerstörung, besonders in der Palliativpflege bei Geschwüre bildenden Tumoren im Gesicht- und Kopfbereich. Kompetent und erfahren beschreibt sie den Umgang mit Situationen, die die persönlichen Belastungsgrenzen von Pflegenden überschreiten und sie teilweise selbst beinahe krank machen – ein kaum erforschtes Gebiet. Das Dilemma wird verstärkt durch die gesellschaftliche Tabuisierung intimster Prozesse, mit denen Pflegende tagtäglich umgehen müssen. Das Problem ist, dass Ekel nicht mitteilbar ist, da er die Scham- und Peinlichkeitsgrenzen Anderer verletzt. So werden die Pflegenden damit allein gelassen. Sie fordert eine gezielte Enttabuisierung in der Ausbildung, da Pflege sich nicht auf der Grundlage idealisierter Soll-Vorstellungen professionalisieren kann.

*Adelheid von Herz* beschreibt belastende Pflegesituationen und Kinaesthetics. Trotz jahrzehntelanger Arbeitserfahrung mit schwerkranken Menschen ist bei ihr Ekelgefühl als auch Fluchtimpuls in vielen Nah-Mensch-Erfahrungen nicht verlorengegangen. Sie schildert die Strategien, die Pflegende in entwickeln, um sich des Anhaftens des Ekel-Haftens

am eigenen Körper zu erwehren. Sie beschreibt eindrücklich den Einsatz kinästhetischer Methoden in der Pflege Schwerkranker und fördert einen Perspektivenwechsel: Hin zur Analyse der Situation, um beispielsweise das Abhusten durch gezielte Gewichtsverlagerung aktiv positiv zu beeinflussen. Bei ihr selbst führte der Einsatz kinästhetischer Methoden dazu, entsprechende Situationen nicht mehr als Belastung, sondern als Herausforderung zu erleben – und dadurch besser zu bewältigen. Ekel, Scham und Angst seien nicht verschwunden, aber durch eine klar strukturierte Bewegungsperspektive eine Entlastung der Situation erreicht, mit der eigener Stress und Emotionen gut reguliert werden können, sodass die Empathie erhalten bleibt – ein Faktor, ohne den man den Pflegeberuf kaum durchführen kann.

Die Sozialarbeiterin *Monika Decker* beschreibt den Umgang mit Schamgefühlen im Krankenhaus – einem Ort, wo eigentlich kein Platz dafür ist. In Warte- und Behandlungszimmer wird man als Patient/in zur öffentlichen Person, die über Dinge Auskunft geben muss, über die sie sonst mit niemandem sprechen würde. Welche Frau in der Krebsbehandlung traut sich schon, auf die Routine-Frage „Wie geht es Ihnen?“ bei der Blutabnahme im Wartezimmer vor anderen Patientinnen mit Ehemännern zu antworten „Eigentlich gut, nur der Pilz in der Scheide will nicht weggehen.“ Die Alltagsroutine von Ärzten und Ärztinnen lässt sie vergessen, dass die Situation eines Patienten für ihn einzigartig ist und selbst Hartgesottene, die sich problemlos auf dem Fußballplatz umziehen würden, in der Situation einer Krebserkrankung und Amputation plötzlich sehr dünnhäutig werden, wenn sie sich ausziehen und anfassen lassen müssen.

Der Sozialpädagoge und Musiktherapeut *Lutz Debus* beschreibt die Entwicklung im Mode-Bereich im Umgang mit Brustkrebspatientinnen, die sich heute immer weniger verstecken und, dank entsprechender Initiativen wie der „Internationalen Senologie Initiative ISI“ und der Boutique „mammaca“, immer selbstbewusster mit ihrer Erkrankung umgehen. Dass dies dem allgemeinen Wohlbefinden, der Genesung wie auch einem guten Lebensgefühl zuträglich ist, steht außer Diskussion. Am Beispiel einer parallel zu *Heidi Klums* Casting-Show „Germany’s next Topmodel!“ stattfindenden Modenschau von an Brustkrebs erkrankten Frauen in Düsseldorf im Februar 2009 erfährt man von

Frauen, die an den herrschenden Normen weiblicher Ästhetik rütteln: Auf dem Catwalk liefen an Brustkrebs erkrankte Mütter mit ihren Töchtern im Schlafanzug, junge Patientinnen in schwarzer Unterwäsche, die die „high heels“ mit Pfennigabsätzen wegschleuderten und barfuß, mit hochoberem Kopf, weitergingen, und zum Finale eine Braut in Weiß am Arm eines gemimten kahlgeschorenen Ehemannes, die sich unvermittelt Schleier samt Perücke mit schwarzen Locken vom Kopf riss: Zwei kahle Köpfe lächelten charmant in die Kameras. Die Braut war *Heidi Depper*, eine Brustkrebspatientin, die mit ihrer Umgangsweise die Ärzte zum Lachen brachte und den Bann brach. Zum Zeitpunkt der Modenschau hatte sie die Chemotherapie hinter, die Amputation noch vor sich. Einwilligung in Behandlung und Amputation krepeln das Leben der Betroffenen komplett um, Lebenswille ist die Motivation für den unkonventionellen Umgang mit dieser Krankheit, die heute anders und erfolgversprechender behandelt wird als vor Jahrzehnten.

Das Schwerpunktheft „Ekel und Scham“ stellt eine kontrastreiche, kompetent und einfühlsam zusammengestellte Ausgabe dar, die in keiner Praxis, keiner Krankenstation und keiner medizinisch-pflegerischen Ausbildungseinrichtung fehlen sollte.

ASSIA MARIA HARWAZINSKI

Résumés des articles de *Curare* 34(2011)93 in the next issue 34(2011)4.