

„Ethnomedizin“ und „Medical Anthropology“. Ein Überblick zu Entwicklungen in den deutschsprachigen Ländern im Jahr 1978*

EKKEHARD SCHRÖDER

Abstract (here added, not originally in the first version of 1978) This following survey was written in 1978. The author gave in those days some representative glimpses on the discourses in Medical Anthropology in the 1970th in German speaking countries. He refers to important inspirators of this new interdisciplinary field of study as Edmund Husserl and his concept of the lifeworld (Lebenswelt) and to Victor von Weizsäcker and his ‘anthropological medicine’. He reports on three main ways of discussion: (a) Ethnographic studies to serve cultural identity. (b) Problems of medical care by description and by comparison of medicinal concepts and cognitive systems specially in settings of conflicts arising in all types of medical transfer, e.g. afflicted by an imperialistic approach. (c) Impulses for a new Medical Anthropology by historical and transcultural studies of therapeutic patterns, which are centered by a view on the suffering and health seeking human, which he called in the survey the “homo patiens”.

Deutsche Diskurse in der Ethnomedizin der 1970er-Jahre

Das faszinierende *interdisziplinäre Arbeitsfeld Ethnomedizin* verbindet medizinische und soziokulturelle Räume und richtet den Blick auf die erkrankte Person und die Wiedergewinnung und den Erhalt seiner Gesundheit. Es ist ein Feld, in dem sich experimentelle und historische Wissenschaften und die beschreibenden und interpretierenden Geisteswissenschaften sich überschneiden. Vor allem Ärzte aber auch Philosophen und Ethnologen haben sich von diesem Bereich anziehen lassen. In den deutsch sprechenden Ländern gibt es eine lange Liste vor allem von Ärzten, die nachhaltig die Richtung der Medizinanthropologie beeinflusst haben, wie etwa WILHELM WUNDT, ADOLF BASTIAN, RUDOLF VIRCHOW, SIEGMUND FREUD, FELIX VON LUSCHAN und andere.

Indes wurden die Volksmedizinen allgemein eher marginal und abwertend behandelt. Bis zum heutigen Tag finden sich kaum Arbeiten im Sinne einer “Medical Anthropology”. Dieser im amerikanischen Bereich vertraute Begriff entspricht weitgehend mit dem im Deutschen verwendeten Wort „Ethnomedizin“, das sich gegenüber Medizinethnologie als möglicher Alternative hier rasch einbürgerte. Zu dieser an Bedeutung zunehmenden Diskussion zu einer Ethno-Medizin muss aber beachtet werden, dass es hierzulande keine etablierte akademische

Forschungsplattform für die Ethnomedizin auf der universitären Ebene gibt.

Das medizinische Wissen nicht-westlicher Völker scheint bei den meisten Forschern eher auf ein marginales Interesse zu stoßen und kaum attraktiv zu sein, außer für diejenigen, die aus purer Neugier an dem Exotischen von diesem angezogen werden. Aus diesem Grunde erscheinen die Vertreter dieses Forschungsgebietes als Minderheit. ERICH DROBEC (1955) erklärte, warum die Medizin das am allerwenigsten geschätzte Gebiet in der Ethnologie zu sein scheint. Er meinte, dass einerseits der organzentrierte Blick der wissenschaftlichen Medizin das Interesse in den Bemühungen um Heilung bei den sogenannten Primitiven minimalisiere, dass andererseits eine Annäherung auf Seiten der Kulturwissenschaften dadurch behindert werde, dass den Konzepten von Religion und Mythologie ein viel zu großer Platz eingeräumt werde. Durch beide Faktoren sei eine tatsächliche Evaluierung rationaler Elemente in der traditionellen Ätiologie und Therapie schwierig. Ein anderer Aspekt der Ausblendung der Ethnomedizin im Rahmen der Medizingeschichte liege darin, dass diese die traditionellen medizinischen Themen als eher religiöse Phänomene beiseite tut. Dies kann durchaus als Ausdruck dieser wohl etablierten Disziplinen verstanden werden – der Ethnozentrismus der Ethnologen und die ärztliche

* Reprint als Übersetzung aus: SCHRÖDER EKKEHARD, 1978. Ethnomedicine and Medical Anthropology. A Survey of Developments in Germany. *Reviews in Anthropology* 5,4 (Fall): 478-485, vom Autor übersetzt. In der englischen Originalfassung als Reprint in KUTALEK RUTH & PRINZ ARMIN (eds) 2008. 30 Years Austrian Ethnomedical Society. Essays in Medical Anthropology. Münster, Berlin, Wien u.a.: LIT, im Druck.

Zentriertheit auf die berufseigene Interpretation der indigenen Gesundheitsfürsorge. Indes scheint heute eine bemerkenswerte Bewegung in die Diskussion zu kommen, eine Bewegung, die dem oft diskriminierten „Eingeborenen“, Indigenen einer größeren Achtung entgegenbringt. Postkoloniale Ethnologen und Ärzte scheinen heutzutage vermehrt über ihre eigenen Positionen nachzudenken und sich in diesem Zusammenhang auch der Grenzen ihrer Sichtweisen bewusster zu werden. Das Interesse an der Ethnomedizin ist durch eine Phase von Selbstzweifeln an den eigenen Werten entstanden und gewachsen und scheint sich stärker gegenüber alternativen Wegen des Denkens, Handelns, Heilens und der Erfahrung zu öffnen.

In den 1950er und 60er Jahren diskutierten insbesondere klinische Ärzte und Psychotherapeuten vermehrt über die Prolegomena einer medizinischen Anthropologie, die durch die Aufsätze von Viktor von Weizsäcker inspiriert wurden. Sie forderten ein spezielles Engagement des Arztes in seiner Beziehung zu dem Patienten, eine „anthropologische Medizin“, wie er es nannte. Der zentrale Ansatz waren umfassende Überlegungen zu dem, was menschliches Wesen ausmacht, sichtbar in speziellen Verhaltensweisen und gekennzeichnet durch die Solidarität des (ärztlichen) Betrachters mit seinem Studienobjekt. Die Diskussion einer Medizinanthropologie in Deutschland ist bis heute dadurch charakterisiert, dass sie sich in einer antithetischen Beziehung zur dominierenden Variante der Medizin als einer exakten und objektiven Wissenschaft versteht. Es handelt sich nicht nur um eine Debatte zu Fakten und Theorien, sondern auch um den Versuch, eine deutliche eigene Position zu beziehen.

Dieser spezielle philosophische Kern, der mir für die deutsche Szene charakteristisch zu sein scheint, steht in einem schärferen Kontrast zu der allgemeinen Sicht und dem allgemeinen Profil der angloamerikanischen Medizinanthropologie. Die Psychosomatische Medizin ist zwar mittlerweile in Deutschland institutionalisiert, aber ihre Themen stehen weiterhin zur Diskussion, die Idee ist nicht tatsächlich ins Management der Institutionen umgesetzt, die Solidarität zwischen „Homo patiens“ und Arzt bleibt weiterhin unentwickelt.

Die heutige Psychotherapie erscheint nun eher als eine Spezialität zwischen den Fächern für organische Läsionen und gerät dadurch eher in die Tendenz zu einer neuen Trennung: Der Organspezialist

neigt dazu, die psychischen Aspekte aus der Biographie des Patienten auszulagern und sie eben dem kompetenten Spezialisten der Psychotherapie zu delegieren (vgl. den Weizsäcker-Schüler HÜBSCHMANN, 1974). Ethnologen und Philosophen, die im Bereich der Medizinanthropologie bzw. der Ethnomedizin arbeiten möchten, sollten heute enge Verbündete werden. Sie beschäftigen sich gemeinsam mit dem erkrankten Menschen und dessen Bemühungen, die Welt wieder als im Gleichgewicht wahr zu nehmen und mit den unterschiedlichen Möglichkeiten der dazu gehörigen Heilungswege klarzukommen. Wenn wir der These IVAN ILLICHS zur medizinischen Nemesis folgen, dann öffnet sich ein Raum für alle möglichen Arten eines nicht-akademischen medizinischen Denkens und Konzeptualisierens. Diese einführenden Bemerkungen haben, so hoffe ich, gezeigt, dass die Abwesenheit einer institutionalisierten ethnologischen Forschung im Feld der Ethnomedizin und der Krankenpflege bislang kaum einen Diskurs im Interesse des Patienten begünstigt hat. Die Vorherrschaft von vereinzelt Fachdisziplinen, die ich hier als ein „positivistisches Symptom“ interpretieren möchte, fordern eindeutig eine neue interdisziplinäre Forschungsweise und die Reorganisation auf der institutionellen Ebene.

Ethnomedizin – Ein interdisziplinäres Arbeitsfeld

Der Ethnologe JOACHIM STERLY hat diese zaghaft beginnende neue Popularität an Ethnomedizin in Westdeutschland wesentlich initiiert, indem er solch ein interdisziplinäres Studienfeld Ethnomedizin etabliert hat. Er gründete die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (Study Group Ethnomedicine) 1970 und ebenso die Zeitschrift *Ethnomedizin, Zeitschrift für interdisziplinäre Forschung (Ethnomedicine, Journal for Interdisciplinary Research)* im Folgejahr (1971). Diese Zeitschrift hat nicht ganz das in der Folgezeit erreicht, das der Gründer selbst proklamierte, nämlich den Auftrag, ein Konzept von Interdisziplinarität zu entwickeln, das einsehbar machen wollte, das Ethnomedizin eine komplexe Art der wissenschaftlichen Arbeit unter Mitwirkung und Teilnahme verschiedenster Disziplinen sein sollte, die sich daraus legitimieren, dass sie unmittelbar Bezug auf die „menschliche Lebenswelt“ im Sinne Husserls nehmen (STERLY 1974). In der Philosophie von EDMUND HUSSERL wird als menschliche Lebenswelt die außerwissenschaftliche To-

talität aller Lebensphänomene bezeichnet, auf die sich jegliche wissenschaftliche Aktivität beziehen müsse. Sterly in einer etwas rigideren Art hat den Begriff Lebenswelt eher in der Weise benutzt, dass eine Polarisierung zwischen den wissenschaftlichen Disziplinen und der außerwissenschaftlichen Lebenswelt verschärft wurde, die die ursprüngliche dialektische Interaktion eher erschwert oder unmöglich macht. Wenn ich ihn korrekt verstehe, so sieht er in Ethnomedizin einen Weg, um Wahrheit zu finden (ebenda 608). Dieser Prozess sollte zugleich die Negation der speziellen Einzeldisziplinen sein, die eben diese speziellen ethnomedizinischen Themenkreise und Fragen diskutieren: „Es besteht kein Zweifel, dass Ethnomedizin sich als eine unabhängige neue Disziplin etablieren kann. Das würde jedoch bedeuten, dass die Verbindung zwischen Wissenschaft und die Absicht, diese mit der außerwissenschaftlichen Lebenswelt zu verknüpfen, aufgeopfert wird“ (ebenda 611). Sterly gesteht letztlich zu, dass sein hier zitierter Aufsatz eher ein Beitrag zur Philosophie der Wissenschaft als zur Methodologie der Ethnomedizin darstellt. Sein Aufsatz, voller Anteilnahme, wie er geschrieben ist, scheint auch eine unausgesprochene erweiterte Metapher für den Versuch eines Individuums zu sein, das oben beschriebene Dilemma selbst zu bewältigen, nämlich jegliche Abwesenheit von institutionalisierter Forschung im Rahmen der Medizinanthropologie in Deutschland.

Wenngleich dieser Aufsatz eine ganze Reihe sehr inspirierender Passagen enthält und auch akzeptabler Kritikpunkte, so kann ich STERLYS theoretischen Anspruch und theoretische Argumentationsweise nicht recht teilen, da er zu sehr das Dogma der Inkompatibilität des realen Lebens mit akademischen Aktivitäten propagiert. Die Zeitschrift *Ethnomedizin* ist seit 1971 in unregelmäßiger Folge erschienen und bietet derzeit eine Sammlung zumeist ethnographischer Beiträge. Die Artikel sind häufig in englisch mit einigen wenigen Beiträgen von deutschen Forschern. Ethnobotanische Artikeln herrschen vor, wie leicht festgestellt werden kann, davon einige von großem Interesse. Eine Sammlung von Afrika betreffenden, früheren Arbeiten im Rahmen der Zeitschrift *Ethnomedizin* ist zusammen mit einigen Artikeln aus der Zeitschrift *Ethnoiatria* (diese Zeitschrift wurde von Antonio Scarpa 1967 in Varese in Italien gegründet und bestand bis 1978) und noch einigen weni-

gen anderen Beiträgen von SIGRID PAUL (1976) als ein interessanter und informativer mehrsprachiger Reader zum Thema „Ethnomedizin und Sozialmedizin in Tropisch-Afrika“ in der Reihe *Beiträge zur Ethnomedizin, Ethnobotanik und Ethnozoologie (BEEE)* als Band 3 erschienen.

In diesem allgemeinen Diskurs um die Ethnomedizin fordert die Ethnologin Sheikh-Dilthey (1977) ähnlich wie Sterly (1974), dass Ethnomedizin sich dadurch auszeichne, dass es keine Disziplin für sich mit eigenen Methoden sei, sondern sich als eine spezielle Bündelung verschiedenster Erforschungen in Medizin und Ethnologie darstelle, die die soziokulturellen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit beschreiben. Die hauptsächliche Absicht sei, Ätiologie, Pathogenese und therapeutische Konzepte verschiedenster Ursprünge miteinander zu vergleichen (SHEIKH-DILTHEY 1977: 302). Bei ihrem Begriff und Zugang zur Ethnomedizin werden aber die Nachbarwissenschaften nicht im Vollzug der Erforschungen negiert. Sie möchte, dass Ethnomedizin sich ganz speziell auf die soziokulturelle Dimension bezieht, die eigenständig und gleichwertig neben ökonomischen, biologischen und physischen Dimensionen betrachtet wird.

Perspektiven der Annäherung an das Studienobjekt in der Ethnomedizin:

Zu diesem Punkt des Diskurses soll an zwei andere Beiträge erinnert werden, die beide aus dem Bereich der Geschichtswissenschaften kommen. Obwohl sie aus ganz unterschiedlichem Hintergrund heraus entstanden sind, beschäftigen sie sich mehr oder weniger mit den gleichen Themen: Der Kranke und seine Hilflosigkeit gegenüber dem „traditionellen“ westlichen Heiler. In ihrer historischen Analyse verschiedenster Konzepte und Veränderungen des Begriffs *Lebansantrieb* diskutiert MARIELENE PUTSCHER (1974) die Phänomene und Konzepte, die Psyche und Soma verbinden, was oft für heutige Wissenschaftler eher befremdend wirkt, aber etwa in animistischen, nicht-westlichen Konzepten ganz geläufig ist. Als Medizingeschichtlerin beginnt sie, ihre Materialien auf der Basis der europäischen philosophischen Geschichte zu analysieren, indem sie mit der griechischen Vorstellung von *Pneuma* beginnt und zu deren Weiterentwicklungen in der mittelalterlichen Philosophie von *Spiritus* und *Anima* und der weiteren folgenden Trennung zwischen Körper, Seele und Geist kommt. Diese Trennung

stehe auch im Gegensatz zu der neuzeitlichen konzeptuellen Trennung von Geist und Materie, von Körper und Seele. Am Ende ihrer Einführung betont sie die ganz spezifische Nicht-Reproduzierbarkeit des Kontextes der Evidenz von *Pneuma* und *Spiritus*, die von ihrer Natur her nicht operationalisiert oder konzeptualisiert werden können. Der emotionale Status von menschlichen Seelenzuständen, Bedürfnissen, Träumen und Ängsten, früher einmal dem Heilkundigen ganz vertraut, wird hier nun als Material dargeboten, um eine „Medizinanthropologie“ aufzubauen, die ebenso die Psychologie und die Verhaltenswissenschaften von allen menschlichen Lebewesen und Kulturen in Vergangenheit und Gegenwart einschlieÙe.

Ganz anders geht der Volkskundler RUDOLF SCHENDA (1975, 1976) mit diesem Themenbereich um, indem er seine Fragestellungen dem normalen Alltag entnimmt und dabei das Verhalten der Patienten im Schnittpunkt zwischen *professionalisierter* Medizin und der „naiven“ Laienmedizin analysiert. Sein Hauptfokus ist der „gemeine Mann“ und seine Schwierigkeiten, sich der offiziellen medizinischen Dienste zu bedienen. Aus seiner Sicht besteht eine Dichotomie zwischen offiziellen Systemen und den in irgendeiner Richtung subjektiver gestalteten Subsystemen, die aus sehr verschiedenen volksmedizinischen Quellen und häufig eingeschlossener überholter medizinischer Hypothesen von gestern bestehen. Diese Dichotomie charakterisiere die gegenwärtige Situation, würde Angst hervorrufen und ebenso eine latente Aggression gegenüber dem professionellen Arzt. Dabei werde die Entwicklung von medizinischen Selbsthilfe-Einrichtungen begünstigt, die von einem Missbrauch der Systeme bis zur Konsultation von Quacksalbern reiche. Der Autor beschreibt dieses Verhalten als *deviant* und schädlich, warnt jedoch, dieses einfach arrogant zu verurteilen. Nach seiner Meinung würden detaillierte Studien dieser Verhaltensweisen helfen, um die eher steigenden Bedürfnisse und Leiden des gemeinen Mannes zugunsten eines humaneren Konzeptes zu überwinden, das der Dysfunktion der etablierten medizinischen Systeme ein Ende setzen könnte. Ein anderer wichtiger Punkt dieses Konzeptes ist, dass diese beschriebene Dichotomie sehr viel leichter aus einer ökonomischen Sicht als aus einer ökologischen Sicht verstanden und interpretiert werden kann.

Schenda (1975) und Sheikh-Dilthey (1975) haben beide ihre Thesen bereits auf der 2. Konferenz der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin in Heidelberg 1974 vorgetragen. Ihre beiden Beiträge waren die provokantesten und bewegendsten, weil sie direkt in eine Diskussion der Verbindung von Theorie und Praxis hineingeführt haben. Sheikh-Dilthey bewirkte dies eher indirekt. Sie rüttelte die Zuhörer durch ihr Thema eher auf, indem sie das Leiden auch als einen möglichen Faktor in der Gesundung beschrieb und führte dazu eine phänomenologische Analyse mit Beispielen vor allem aus dem Bereich der Religionssoziologie und der Ethnologie auf. Individuelle und kollektive Leidensmuster wurden verglichen. Sie stellte zwei ästhetische Modi des Verhaltens gegenüber: Die Überwindung des Leidens durch eine Leidensphase und durch eine liebevolle Pflege.

Ich habe hier aufgezeigt, dass in Deutschland Ethnomedizin oft mit sehr viel Anteilnahme diskutiert wird. Deswegen möchte ich hier kurz auf die Aktivitäten der bereits erwähnten Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin eingehen, einer Vereinigung, die den interdisziplinären Dialog zwischen Medizin, Sozial- und Kulturwissenschaften fördert, und zwar mit der Absicht, hierzu Studien anzuregen, das Interesse zu wecken und die nicht-westlichen Heiltraditionen achtsam schätzen zu lernen. Heute gibt es mehr als 100 Mitglieder dieser Arbeitsgruppe, die sich aus verschiedensten Berufen zusammensetzt und ein neues vierteljährlich erscheinendes Periodikum herausgibt, das sich „*curare*“ nennt. Die 4. Fachkonferenz Ethnomedizin mit dem Thema *Traditionelle Gynäkologie und Geburtshilfe* wird im Dezember dieses Jahres in Göttingen abgehalten (1978). Der volle Name der Zeitschrift ist *curare – Zeitschrift für Ethnomedizin und Transkulturelle Psychiatrie*. Die Konferenzen der erwähnten Arbeitsgruppe sind mittlerweile dabei, sich als eine feste Tradition als Forum der Diskussion aller Fragen zur Medizinanthropologie zu etablieren. Die 1. Konferenz wurde 1973 in München abgehalten (*Methoden in der Ethnomedizin*), die 2. 1974 in Heidelberg (*Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien*). Die Tagungsbeiträge sind in dieser Übersicht zum Teil besprochen worden (SCHRÖDER (Hg.) 1977; RUDNITZKI *et al.* 1977). Die 3. Fachkonferenz 1977 in Heidelberg hat sich ganz speziell darum bemüht, das ethnologische Interesse und Forschungen durch das Thema *Familienkonzepte und dessen Bedeutung*

für die soziale Sicherheit anzuregen. Die Betonung der dargebotenen Vorträge spielten sich im Bereiche des Gewinnens und des Verlustes von sozialer Sicherheit ab, so wie dies sich in der Situation des sozialen Wandels in den verschiedensten medizinischen Bereichen darstellt.

Die nun folgende Übersicht über neue Studien zur Ethnomedizin ist eher eine Skizze als eine exakte methodische Diskussion. Es gibt eine eindeutige Neigung, in den meisten Studien, die ich hier unter folgenden eher praktischen Gesichtspunkten zusammentrage, nach den Prinzipien des Kulturrelativismus zu arbeiten:

1. Ethnographie: Das Sammeln volksmedizinischer Konzepte von Krankheit und Heilung, besonders im Hinblick darauf, kulturelle Identität zu bewahren.

2. Probleme der medizinischen Versorgung: Beschreibung und Vergleich medizinischer Konzepte und kognitiver Systeme, z.B. Symptomwahrnehmung, um ein besseres Verständnis für Fehler und Konflikte zu erhalten, die in allen Stadien der Kontaktaufnahme entstehen können und insbesondere beim medizinischen Transfer sowohl zwischen gleichgestellten Partnern als auch durch eine imperialistische Annäherung.

3. Impulse und Anregungen für eine neue Medizinanthropologie durch historische und transkulturelle Studien von therapeutischen Behandlungsmustern.

Ethnographische Beiträge

Der Arzt WULF SCHIEFENHÖVEL gibt eine informelle Synopse über verschiedene Methoden und Probleme bei der ethnomedizinischen Feldarbeit (1977). Er führt aus, wie Probleme der Validität der Informanten und der Informationen beachtet werden können, die in subtilen Situationen entstehen. Schiefenhövel gewann seine Felderfahrung durch mehrere längere Forschungsaufenthalte in Papua und Irian Jaya. Er studierte u.a. die Mechanismen der Geburtenkontrolle und die traditionelle Geburtshilfe, die demnächst erscheinen werden. Aus seinen Sammlungen von Heilpflanzen in Papua liegt mittlerweile eine Analyse von der Pharmakologin RAINA WOLFF-EGGERT VOF (1977). Sie berichtet, dass die Hälfte der 115 zusammengetragenen Pflanzen dazu benützt werden, um Erkrankungen der Atemwege zu behandeln, ein weiteres Viertel der Pflanzen werde im Zusammenhang mit magischen Konzepten

verwendet. Die Studie betont, dass die pflanzlichen Arzneidrogen nach einem rationalen Prinzip eingesetzt werden und der Effekt meistens auf einer exakten Naturbeobachtung und empirischem Wissen der Effekte beruht.

Die Forschung von HELGA VENZLAFF (1977), einer Orientalistin, über den marokkanischen Händler und seine Ware ist sehr informativ und steckt voller Details. Marokkanische ländliche Märkte der Benî Mguild bildeten das Areal der Forschungen. Venzlaff sammelte alle Drogen botanischen, tierischen und mineralischen Ursprunges, die sie erhalten konnte, sowie andere Objekte, denen sie dann weitere linguistische und botanische Details bei der Beschreibung der Volksmedizin von allen 170 gesammelten *Materia medica* zufügte.

ULF LIND ist einer von neun Autoren in der Zeitschrift *Saeculum* [28,2(1977)], Arzt und zugleich Ethnologe, dessen Beitrag zu diesem speziellen ethnomedizinischen Themenheft die Quintessenz seiner Feldforschung (LIND 1975) unter den Ayoré in Paraguay referiert. Er beschreibt im Detail die theologischen Konzepte zum Ursprung von Krankheiten und von therapeutischen Techniken. Die Ayoré haben sehr erfolgreiche Anwendungen und intensive psychotherapeutische Techniken für beide Seiten des Krankseins, der psychogenen und der organischen. Es wird in ihren Therapien eine eindrucksvolle Rationalität beschrieben. Die Übersetzungen Linds von der Philosophie und dem Konzept der Indigenen in die Terminologie der modernen Medizin und Ethnologie sind zum Teil sehr glatt und plausibel, aber es gibt Bereiche, wo eine eher phänomenologisch deskriptive Beschreibung angemessener zu sein scheint.

Im Gegensatz dazu gibt die Kieler Ethnologin KATESA SCHLOSSER in ihrem reichhaltigen und illustrierten Buch eine sehr umfangreiche Beschreibung zu den ersten Seiten eines Manuskripts des Zulu doktors Laduma Madela (1972). Mit diesem faszinierenden Philosophen, *witch-doctor* und Poeten steht sie mittlerweile seit 15 Jahren in Kontakt. Sie übersetzt seinen Bericht über die gesamte Zulu-Mythologie, Philosophie und das Wissen. Madela hat dieses während der letzten zwanzig Jahre niedergeschrieben und auch mit Zeichnungen illustriert. Damit drückt Madela sein Wissen und seine Weisheit in einer kontemplativen Weise aus. Das Material ist nicht systematisch geschrieben worden, sondern in Verbindung und Reflexion mit

täglich auftauchenden Ereignissen. Er ist immer angetrieben durch den Wunsch, die alten Traditionen in einer Zeit des rapiden sozialen Wandels zu bewahren, um damit auch einen wichtigen Teil der kulturellen Identität für die jüngere Generation zu retten. Um diesem Ziel näher zu kommen, hat er Schreiben gelernt und dafür natürlich auch potente magische Mittel eingesetzt.

Die Analysen von medizinischen Versorgungsstrukturen

Die neuesten hier vorliegenden Feldstudien wurden durch BEATRIX PFLEIDERER, THOMAS MALER und GERHARD HELLER durchgeführt, zweier Ethnologen und einem Arzt. Pfleiderer (1978) konzentriert ihre Studie auf sechs Heilerpersönlichkeiten in verschiedenen Schreinen in Gujarat in Indien, wobei sie deren unterschiedliche konzeptuelle Hintergründe bearbeitet und darstellt. Sie klassifiziert nicht nur einfach therapeutische Verhaltensmuster, sie interpretiert die kulturspezifische Rationalität der Interventionen während der heilenden Handlung. Sie schließt, indem sie die hohe Effizienz und den deutlichen Erfolg dieser Heiler hervorhebt und vergleicht dies mit westlichen heilenden Instanzen. Im beschriebenen Teil von Indien besteht eine relativ freie Koexistenz verschiedener Heilungssysteme, und eben diese Schreine, die den speziellen Bedürfnissen ihrer Klientel am ehesten zu entsprechen scheinen, zeigen auf, dass die westliche Medizin hier an die Grenzen ihrer Ausbreitung stößt.

Eine andere Begründung für die Begrenzung westlicher Medizin ist von Heller (1977) beschrieben worden. Er betont, dass spezielle gegenseitige Kommunikationsbarrieren zwischen westlichen Heilern und den Tamang von Cautara in Nepal bestehen. Diese Menschen leben in einer homogenen Kultur, die durch eine hohe Authentizität charakterisiert ist. Die Tamang haben eine Kalt/Warm-Dichotomie, in das hinein verschiedene Symptome, Ursachen, ätiologische Begründungen, die Zeit und die Wahl der Therapie eingebunden sind. Heller beschreibt ein bereits vorstrukturiertes kognitives System von Körperstörungen, das die Menschen bewegt, eigene Erklärungen zu finden und prognostische Hinweise über die Krankheit zu erfahren. Diese erklärenden Systeme (explanatory systems), die oft von Analogien und Beobachtungen über das Klima und äußere Phänomene hergeleitet werden, sind für die Tamang sehr plausibel. Heller, der während der

ganzen Feldarbeit zugleich als Arzt arbeitete, betont, dass er diagnostische Wege für alle seine hier behandelten Patienten gefunden hat. Ihre Konzepte von Zeit und Dauer sind jedoch so unterschiedlich von dem Westlichen, dass eine längerfristig angelegte medizinische Strategie für chronische Krankheiten von Tamang nicht akzeptiert werden kann. Im Einzelnen berichtet er bei ihnen von dem hohen Grad der Differenzierung und Darbietung von Ödemen, selbst wenn ein westlich ausgebildeter Arzt kaum irgendeine pathologische Veränderung aus seiner Sicht erkennen kann.

Maler (1977) gibt uns den faszinierenden Bericht einer Ritualtherapie, die die psychogene Sterilität einer Digo-Frau (Tansania) behandelt. In diesem Zusammenhang diskutiert er auch einige Beiträge, um im Rahmen der Biorhythmen weiter zu forschen und führt dazu sogar Beispiele aus seiner eigenen musiktherapeutischen und musikologischen Analyse der Selbststimulation an, durch die Hormonaktivitäten bewirkt werden. Er zeigt dabei auf, dass die musikalische Einrahmung während dieser drei Tage und zwei Nächte, der Dauer des Rituals, eine der wichtigsten Elemente für den therapeutischen Prozess darstellen. Die Durchführung (performance) ist durch einen hohen Standard der Expertise charakterisiert, präzise und formalistisch, wie er bislang in solchem Grade noch nicht bekannt war, aber die Kontrolle über physiologische Veränderungen des Patienten garantiert (z.B. Pulsrate), die mit dem Rhythmus und der Tempi der Musik verbunden sind. Das gesamte Ritual kann als eine simultane Anwendung verschiedenster therapeutischer Aktionen beschrieben werden. Die Digo haben unterschiedliche therapeutische Rituale für Störungen wie Depression, rheumatoide Arthritis, Hauterkrankungen u.a., wobei alle mit jeweils unterschiedlichen musikalischen Settings der Behandlung angegangen werden.

Spezielle Kommunikationsstrukturen in den heilenden Handlungen werden durch die Beiträge von Figge, Kapapa und Rudnitzki & Huber untersucht. HORST FIGGE (1973, 1977), ein Psychologe, der die brasilianische Umbanda-Religion studiert, zeigt auf, dass die Ätiologie der Erkrankungen von Geistwesen hergeleitet wird. Die Umbanda praktiziert eine spezielle Trance-Technik, um diese Erkrankungen zu behandeln, wobei eine zeitlich begrenzte Auslöschung der primären Persönlichkeit stattfindet. Eine Sekundärpersönlichkeit nimmt hier stellvertre-

tend den Platz ein und kommuniziert mit anderen Persönlichkeiten. Diese Sekundärpersönlichkeiten repräsentieren zumeist inkorporierte Geister, die im therapeutischen Feld gut bekannte Partner in der Kommunikation für den einzelnen und für die anderen darstellen.

PAUL KAPAPA (1977) berichtet von verschiedenen Kategorisierungen des gleichen Ereignisses bei zwei Bantugruppen in Malawi. Der Traum, der in der einen Gruppe eine Bedeutung hat und eine Mission oder eine Botschaft von einem Ahnen darstellt, produziert dadurch in der einen Gruppe eine heilende Persönlichkeit, dagegen in der anderen Gruppe einen Verrückten. Kapapa denkt über das therapeutische Potential dieser verschiedenen Interpretationen in jedem der beiden Gruppen nach. Einen anderen Aspekt der Kommunikation führen in der folgenden Studie GERHARD RUDNITZKI und ROSWITHA HUBER aus (1977). Beide sind Psychiater im Rahmen der Rehabilitation und entdecken in diesem Zusammenhang das therapeutische Milieu für eine erfolgreiche Therapie. Während sie bei der gewohnten Art der Erhebungen im Rahmen ihrer eigenen Methode Defekte bemerken, analysieren sie ihre eigenes initiales Versagen und finden, dass in der sozialen Umwelt, in der Lebenswelt des Patienten die stimmige und richtige Umgebung für ein erfolgreiches Heilen liegt. In dem Moment, wo die referierten Patienten freier mit den Therapeuten sprechen können und über ihre Besuche bei sogenannten Quacksalbern berichten, entschlossen sie sich, diese Konsultationen mit in die eigene Therapie einzubeziehen. Im Einklang mit den nun ausgesprochenen Bedürfnissen der Patienten bekräftigen sie die Wünsche von diesen, die lokalen Quacksalber weiterhin zu besuchen und haben dabei zunehmend selbst Erfolge in der Therapie.

Die Dichotomie, von der Schenda (1976) spricht, ist bei diesem Konzept und in dieser Arbeit überhaupt nicht gegenwärtig. Die Autoren fordern daher eine mikrosoziale, mikrokosmische Analyse der Ethnomedizin, um bessere Therapien zu erhalten und um die Rigidität von institutionalisierten Medizinweisen zu überwinden. Die Beiträge, die hier vorliegen, führen zu der neuen weltweiten Diskussion des Kontaktes und der Integration von westlichen und traditionellen Heilungssystemen. Diese Diskussion begann in Deutschland in der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. 1973 fand dazu simultan parallel in Berlin-Tegel eine Fachtagung über Com-

munity Health und Health Motivation in Südasien statt (DIESFELD & KRÖGER 1974). Während dieses einwöchigen Seminars asiatischer und europäischer Ärzte entstand ebenfalls eine Diskussion über die Perspektiven westlicher und traditioneller Heiler, wie JOCHEN DIESFELD berichtet (1977).

Kritische Beiträge für eine neue Medizinanthropologie

Zum Schluss dieses Überblickes möchte ich hier drei historische Studien erwähnen. Es sind die Doktorarbeiten von Haas und Bernauer sowie eine Studie von Unschuld, die uns Perspektiven für eine Diskussion einer neuen Medizinanthropologie liefern.

JOCHEN U. HAAS (1976) analysiert die umfangreiche Literatur über arktische Hysterie und diskutiert die psychopathologischen Thesen von OHLMARKS (1939). Er fordert eine interdisziplinäre Forschung zum Schamanismus, die diesen nicht nur in seinem ökologischen und in seinem ökonomischen Umfeld neu interpretiert, sondern auch im Lichte der schamanischen animistischen Welterfahrung. Das Hauptergebnis seiner Studie ist der Nachweis, dass die arktische Hysterie weder eine individualpathologische Entwicklung ist noch eine Massenreaktion auf umweltlich-ökologisch bedingte Mangelerscheinungen. Eher meint Haas, dass es sich um eine spezifische Antwort auf eine historische ökonomische Entwurzelung und kulturelle Unterbrechung als Konsequenz auf die Herausforderungen durch den Imperialismus in den letzten Jahrhunderten darstellt. Er meint, dass die Verbindung des arktischen Schamanismus mit der arktischen Hysterie sehr zweifelhaft ist. Das letztere Phänomen ist eine zeitgebundene, abnorme Reaktion, das erstere ein kulturelles Muster. Deswegen schlägt er vor, dass man von *Schamanentum* sprechen soll und nicht von dem heute gebräuchlicheren Wort Schamanismus.

Die Entwicklung ganz prinzipieller Thesen von Paul U. Unschuld kann durch die Verfolgung seiner anderen Publikationen nachvollzogen werden (1973, 1974, 1975, 1978). Diese These basiert auf dem Konzept der medizinischen Professionalisierung, die als ein kontinuierlicher Prozess verstanden wird, bei dem eine oder mehrere Gruppen in einer gegebenen Gesellschaft die Kontrolle über medizinische Ressourcen ausweitet (UNSCHULD 1975: 83). Er argumentiert, dass durch die Entwicklung einer professionellen Ethik ein Arzt seinen bereits korpo-

rierten Status gegenüber dem Wettbewerb anderer medizinischer Traditionen schützen kann, weil er dadurch in die Lage gesetzt wird, selbst jegliche Anklagen zu verteidigen, wenn ihm Fehler oder falsche Prognosen vorgeworfen werden. In seiner Studie wird über die Rivalität zwischen der medizinischen Profession und der konfuzianistischen Philosophie über die Kontrolle und die Verfügung medizinischer Ressourcen berichtet. Dieses Buch ist auch deswegen wichtig, weil es aufzeigt, dass die Resultate einer medizinischen Ethik in China bereits auf einer Selektion älterer chinesischer Texte beruht. Obwohl zwei verschiedene Gruppen für sich den Ursprung ihrer Ressourcen behaupten und den Anspruch erheben, diese auf die beste Art und Weise anzuwenden, bleibt letztlich eine dritte Gruppe erfolgreich, nämlich die der freien Ärzte, ähnlich in Europa. Dabei spielt die Entwicklung einer ärztlichen Ethik eine treibende Rolle (ebenda S. 84). Den Hauptgedanken dieser Studie kann man leichter verstehen und nachvollziehen, wenn der Leser sich bewusst ist, dass hier der Begriff Ethik in einer unorthodoxen Weise angewendet wird. Ich stimme seiner Forderung zu, dass es die entscheidende Aufgabe ist, eine Entwicklung zu initiieren, die die Grenzen der Medizin im Rahmen ihrer gültigen Werte bestimmt.

Die Dissertation von Ursula Bernauer (1977), einer Soziologin, ist insofern ein historisches Dokument, als sie ihre praktische Arbeit und Feldarbeit in Chile noch während der Regierung von Salvador Allende durchführte. Sie diskutiert hierbei ein Modell der Gruppenpartizipation, bei der die Verantwortung für alle Gruppenaktivitäten in die partizipierende Bevölkerung delegiert wird und nicht in abstrakte Institutionen (z.B. den Staat). Der Gewinn von Autonomie und eine damit anwachsende Selbstverantwortung hat gezeigt, dass *Participation* ein brauchbares Modell für eine medizinische Selbstversorgung darstellt. Die *Agentes*, die nicht notwendig Heiler sein müssen, werden durch das „Volk“ (people) selbst bestimmt, und ihre Arbeit ist durch die jeweilige Kommune legitimiert. Als Kontaktpersonen haben sie, wenn nötig, medizinische Experten als Partner und funktionieren auch als Dolmetscher oder Mediator beim gegenseitigen Austausch der medizinischen Erfahrungen. In dem Maße, wie die Gründe einer Erkrankung deutlicher hervortreten, z.B. wurde hier der Problemkreis Alkoholismus studiert, gewinnen die Menschen auch

ein politisches Bewusstsein, das ihnen hilft, erfolgreiche Strategien für eine zu gewinnende Gesundheit in einem breiteren Sinne zu entwickeln. In der Studie werden verschiedene dringende Gesundheitsprobleme aufgezeigt. Im Weiteren diskutiert sie die Fehler von Anfängern und deren Probleme bei der Stimulierung solcher innovativer Bewegungen. In ihrem kurzen Anhang berichtet sie auch über die erfolgte aktuelle Wiederherstellung einer Privatmedizin und die Rehabilitation der zuvor herrschenden medizinischen Professionen.

Ich interpretiere diese Studien in einem Kontext, der deutlich macht, eine neue Praxis im Rahmen einer Medizinanthropologie zu entwickeln, deren medizinische Implikationen in der Solidarität mit dem *Homo patiens* verwurzelt sind. Ich habe hier ethnomedizinische, soziologische und philosophische Annäherungen durch verschiedene Autoren in Deutschland herausgesucht, die sich mit der Medizinanthropologie im weitesten Sinne beschäftigen und habe dabei versucht, die verschiedenen Beiträge in einen Rahmen zu stellen, in dem die ethnologischen Untersuchungen und Erforschungen ihren zentralen Gegenstand in der erkrankten Person selbst finden. Die Solidarität mit diesem *Homo patiens* war dabei mein Fokus der Aufmerksamkeit. Medizin und Ethnologie als problemorientierte Felder sollten dazu beitragen, dass die Gesundheit des Menschen zu einem kreativen Problemlösungsprozess für das physische, psychische und soziale Wohlbefinden wird.

Zitierte Literatur

(*besprochene Literaturangaben)

- BERNAUER URSULA 1977*. *Partizipation – eine gesundheitspolitische Strategie in Lateinamerika, Analyse ihrer Abläufe und Bedingungen am Beispiel Chile*. Dissertation an der Univ. Freiburg.
- curare* – Zeitschrift für Ethnomedizin und Transkulturelle Psychiatrie (*curare*—J. of Medical Anthropology and Transcultural Psychiatry). 1978 ff (bis 1992 im Verlag F. Vieweg, Braunschweig/Wiesbaden, seit Vol. 17(1994) im VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster, Berlin).
- DIESFELD HANS-JOCHEN 1977*. Die Bedeutung des Dialogs zwischen Heilkunst und Völkerkunde für die Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern. In RUDNITZKI G. et al. (Hg) a.o.: 7-12.
- DIESFELD HANS-JOCHEN & KRÖGER ERICH (Hg). 1974. *Community Health and Health Motivation in Southeast Asia. Proceedings of an International Seminar*. (Beiträge zur Südasiensforschung 4). Wiesbaden: Franz Steiner.
- DROBEC ERICH 1955*. Zur Geschichte der Ethnomedizin. *Anthropos* 50: 950-957 (Reprint in *curare* 28,1(2005): 3-10.
- Ethnomedizin – Zeitschrift für interdisziplinäre Forschung* (Ethnomedicine—Journal for Interdisciplinary Research) I(1971)-VII(1981/82).

- FIGGE HORST H. 1973. *Geisterkult, Besessenheit und Magie in der Umbanda-Religion Brasiliens*. Freiburg, München: Karl Alber.
- 1977*. Geisterbesessenheit und Gesundwerden in der brasilianischen Umbanda-Religion. In SCHRÖDER E. (Hg) a.a.O.: 49-58.
- HAAS JOCHEN U. 1976*. Schamanentum und Psychiatrie. Untersuchung zum Begriff der „arktischen Hysterie“ und zur psychiatrischen Interpretation des Schamanentums zirkumpolarer Völker. (Dissertation Univ. Freiburg). München: Renner.
- HELLER GERHARD 1977*. Die kulturspezifische Organisation körperlicher Störungen bei den Tamang von Cautara, Nepal. Eine empirische Untersuchung über die Hintergründe kulturbedingter Barrieren zwischen Patient und Arzt. In RUDNITZKI G. et al. (Hg) a.a.O.: 37-52.
- HÜBSCHMANN HEINRICH 1974. *Krankheit – ein Körperstreik*. Freiburg: Herder.
- KAPAPA PAUL 1977*. Krank und Gesund – eine Zuweisung durch die Gruppe? Studie an zwei Bantugruppen in Malawi. In SCHRÖDER E. (Hg) a.a.O.: 59-64.
- LIND ULF 1975. *Die Medizin der Ayore-Indianer*. (Dissertation). München: Renner, auch als BEEE V (Beiträge zur Ethnomedizin, Ethnobotanik, Ethnozoologie).
- 1977. Zur Heilkunde der Ayore-Indianer im Chaco Boreal. *Saeculum* 22,2: 122-134 (Ethnomedizin. Themenheft).
- MALER THOMAS 1977*. Musik und Ekstase in einer ostafrikanischen Medizinmann-Praxis. In WILLMS HARM (Hg). *Musiktherapie 2, Musik und Entspannung*. Stuttgart/New York: Gustav Fischer: 29-45.
- OHLMARKS ÅKE 1939. *Studien zum Problem des Schamanismus*. Lund & Kopenhagen.
- PAUL SIGRID (Hg) 1976. *Ethnomedizin und Sozialmedizin in Tropisch-Afrika*. München: K. Renner.
- PFLEIDERER-BECKER BEATRIX* & DHARAMSEY VIRCHAND 1978. Merkmale traditionellen Heilens in Gujarat, Indien. *Internationales Asienforum* 1. München: Weltforum Verlag.
- PUTSCHER MARIELENE 1974*. *Pneuma, Spiritus Geist. Vorstellungen von Lebensantrieb in ihren geschichtlichen Wandlungen*. (Habilitationsschrift, Universität Köln). Wiesbaden: Franz Steiner.
- RUDNITZKI GERHARD & HUBER ROSWITHA 1977*. Zur ethnomedizinischen Sichtweise in einer therapeutischen Perspektive. Eine Fallstudie aus dem Kraichgau. In RUDNITZKI, G. et al. (Hg) a. a. O.: 59-66.
- RUDNITZKI GERHARD, SCHIEFENHÖVEL WULF & SCHRÖDER EKKEHARD (Hg). 1977. *Ethnomedizin – Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde*. Barmstedt: Detlev Kurth.
- SCHENDA RUDOLF 1975. Stadtmedizin – Landmedizin. Ein Versuch zur Erklärung subkulturellen medikalen Verhaltens. In *Stadt-Land-Beziehungen. Verhandlungen des 19. Deutschen Volkswundekongresses in Hamburg 1973*. Göttingen: 147-170.
- 1976*. Das Verhalten der Patienten im Schnittpunkt professionalisierter und naiver Gesundheitsversorgung. In BLOHMKE MARIA, FERBER CHRISTIAN VON, KISKER KARL PETER & SCHAFFER HANS (Hg). *Handbuch der Sozialmedizin* Vol. 3. Stuttgart: Enke: 31-45.
- SCHIEFENHÖVEL WULF 1977*. Methoden ethnomedizinischer Feldforschung. In RUDNITZKI G. et al. (Hg) a.a.O.: 13-22.
- SCHLOSSER KATESA 1972*. *Zauberei im Zululand. Manuskripte des Blitzzaubers Laduma Madela*. Kiel: Schmidt & Klausig.
- SCHRÖDER EKKEHARD (Hg). 1977. *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien. Verhandlungen des 2. Rundgesprächs ‚Ethnomedizin‘ in Heidelberg vom 29. bis 30. 11. 1974*. (Beiträge zur Südasienforschung 30). Wiesbaden: Franz Steiner.
- SHEIKH-DILTHEY HELMTRAUT 1975*. Ritualisiertes Leiden als Gesundheitsfaktor. *Confinia Psychiatrica* 18,1: 48-54.
- 1977*. Ethnomedizin – Versuch einer Definition. *Anthropos* 72: 302-304.
- STERLY JOACHIM 1974*. Zur Wissenschaftstheorie der Ethnomedizin. *Anthropos* 69: 608-615.
- UNSCHULD PAUL U. 1973. *Die Praxis des traditionellen chinesischen Heilsystems*. Wiesbaden: Franz Steiner.
- 1973. Professionalisierung im Bereich der Medizin. Entwurf zu einer historisch-anthropologischen Studie. *Saeculum* 25: 251-276.
- 1975*. *Medizin und Ethik. Sozialkonflikte im China der Kaiserzeit*. Wiesbaden: Franz Steiner.
- 1978. Die konzeptuelle Überformung individueller und kollektiver Erfahrung von Kranksein. In SCHIPPERGES HEINRICH, SEIDLER EDUARD & UNSCHULD PAUL U. (Hg). *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. Freiburg: Karl Alber: 491-516.
- VENZLAFF HELGA 1977*. *Der marokkanische Drogenhändler und seine Ware. Ein Beitrag zu Terminologie und volkstümlichem Gebrauch traditioneller arabischer materia medica*. (Habilitationsschrift). Wiesbaden: Franz Steiner.
- WOLFF-EGGERT REINA 1977*. *Über Heilpflanzen von Papua-Neuguinea*. Dissertation an der Universität Erlangen/Nürnberg.

Ekkehard Schröder *24.03.1944, arbeitete von 1976 bis 1978 als Arzt am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen des Südasieninstitutes der Universität Heidelberg und organisierte in einem Modell- und Auftragsprojekt Vorbereitungskurse für ausreisende ärztliche Entwicklungshelfer. Die Kurse zu einer „Medizin in Entwicklungsländern“ (ab 1975) wurden dabei in dieser Zeit erstmals in Deutschland konzeptuell durch soziokulturelle und medizinanthropologische Abschnitte erweitert. Er studierte gleichzeitig Ethnologie und Philosophie an der Universität Mainz (davor in Kiel und Heidelberg) und war 2. Vorsitzender der „Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V.“ (Völkerkundemuseum, Hauptstr. 235, Heidelberg). Heute nach 30 Jahren im Jahre 2008 arbeitet er in Potsdam als Psychiater und Psychotherapeut in einer eigenen Kassenpraxis, ist seit 2005 erneut 2. Vorsitzender der AGEM und seit 2002 wieder in deren Auftrag Herausgeber der Zeitschrift *Curare*, Zeitschrift für Ethnomedizin und Transkulturelle Psychiatrie (*Curare—Journal of Medical Anthropology and Transcultural Psychiatry*), gegründet 1978, im Jahre dieses Berichtes (geringfügige Anpassung des damaligen Textes an heute).

Anmerkung: Auch 30 Jahre nach diesem Bericht zur deutschsprachigen Ethnomedizin gibt es weiterhin außer in Wien keine formal universitär verankerte Medizinethnologie, wie das interdisziplinäre Arbeitsfeld Ethnologie heute zumeist bezeichnet wird. Der Autor hat im Rahmen der in seinen Augen wenig fruchtbaren terminologischen „Ethnomedizin/Medizinethnologie“-Diskurse seit den 1980er Jahren für eine synonyme Verwendung der Begriffe plädiert, was ihm am konstruktivsten erschien. Persönlich hätte er über die Jahre für Ethnomedizin eher den Begriff Medizinanthropologie favorisiert, nachdem in seinen späteren Studienjahren in den 1970ern mit der 7-bändigen „Neuen Anthropologie“ von GADAMER & VOGLER (Thieme und Beck, 1972-75) ein zukunftsgewandter Entwurf für eine neue Epoche der Universitäts vorgelegt wurde. Aus verschiedenen Gründen zeitgebundener political correctness und weltanschaulicher Verbalkriege mit berechtigten Inhalten an nach seiner Meinung falschen Fronten über die Jahre blieb dieser Entwurf bis heute wenig hoffähig. Um so mehr hat er sich jetzt dafür eingesetzt, dass *Curare* ab Jahrgang 31(2008) ihr wissenschaftliches Anliegen nun im Untertitel mit *Zeitschrift für Medizinethnologie (Curare, J. of Medical Anthropology)* präzisiert (vgl. KRISTINA TIEDE & EKKEHARD SCHRÖDER 2007. Medizinanthropologische Perspektiven zum Thema Lebenswelt in der deutschsprachigen Ethnologie. Einleitung zu *Curare* Jahrgang 30(2007)2+3: Medizinethnologie on the move. *Curare* 30,2+3: 101-110).

Kontakt: www.agem-ethnomedizin.de