

Abgeschlossene Lehr- und Forschungsprojekte am GTE-Institut Ulm

Das Ziel der beschriebenen Projekte bestand darin, an den Schnittstellen von medizinischer Praxis, fachbezogener akademischer Lehre und medizingeschichtlich-kulturwissenschaftlicher Forschung kulturelle Rahmenbedingungen medizinischen Handelns zu erschließen und entsprechende Ergebnisse in die Krankenversorgung und in die universitäre Lehre zu transferieren. Im Fokus stehen dabei verschiedene Dimensionen von Interkulturalität, *Global Health* und Ethik. Zwischen den verschiedenen Projekten bestehen Überschneidungen in Bezug auf die Thematik und den daraus erwachsenen Publikationen.

Übersicht	Seite
1. Ad orientem lux – ex oriente lux? Eine Kulturgeschichte des medizinischen Wissenstransfers von der Antike bis in die Neuzeit	2
2. Interkultureller Transfer in Ritual und Heilung	4
3. Kulturelle Kompetenz in der Krankenversorgung	5
4. Tod und Trauer im Islam	12
5. Global Health in der universitären Lehre	13
6. Medizintourismus	16
7. Klassifikation und Evolution in Biologie, Linguistik und Wissenschaftsgeschichte	22
8. Medizinhistorie und lokale Kulturgeschichte	29

1. Ad orientem lux – ex oriente lux?

Eine Kulturgeschichte des medizinischen Wissenstransfers von der Antike bis in die Neuzeit

Dieses Projekt war der Geschichte des multiplen medizinischen Wissenstransfers zwischen Orient und Okzident, zwischen Europa und der islamischen Welt gewidmet. Ausgehend von der griechisch-sprachigen östlichen Mittelmeerwelt wurden Theorien und Kenntnisse einer empirisch orientierten Medizin in der Tradition von Hippokrates (5./4. Jahrhundert v. Chr.) und Galen (2./3. Jahrhundert n. Chr.) seit dem 7. Jahrhundert in die islamisch geprägte Welt vermittelt und über das Arabische als Wissenschaftssprache verbreitet, wobei diese so genannte „arabische Medizin“ zahlreiche Beiträge syrisch-aramäischer, jüdischer, iranischer und indischer Ärzte mit aufnahm und deshalb besser als „gräko-islamische Medizin“ bezeichnet werden sollte. Mit Bezug auf die bereits prähellenistisch begründete Wissenssynthese zwischen Orient und Okzident spürt Frank Kressing in seiner Monographie¹ in detaillierter Weise diesen verschiedenen Einflüssen nach, die mit Orten und Regionen wie dem antiken Alexandria, Byzanz, Elam, dem vorislamischen Iran und dem hinduistischen Indien verknüpft sind, mit Namen wie Johannitius (Ḥunain ibn Isḥāq, 808–874), Rhazes (Zakaryā ar-Rāzī, ca. 865–925), Haly Abbas (‘Alī ibn al-‘Abbās al-Mağūsī, 10. Jahrhundert), Avicenna (Ibn Sīnā, ca. 980–1037) und anderen. Dabei stellt die Monographie in Anlehnung an den US-amerikanischen Eurasien-Experten Frederick Starr (* 1940) heraus, dass es sich bei dem (ehemals) iranisch-sprachigen Raum Mittelasiens weniger einen Ausläufer der arabisch vermittelten islamischen Wissenstradition als vielmehr ein eigenständiges Zentrum medizinischer und wissenschaftlicher Erkenntnis handelte – ein Indiz dafür stellt u.a. die iranische Herkunft der drei Ärzte Rhazes, Haly Abbas und Avicenna dar.

Mit Blick auf den westlichen Mittelmeerraum wird nachvollzogen, wie wesentliche Werke der gräko-islamischen Medizin auf dem Wege der Übersetzung ins Lateinische (z. B. durch Constantinus Africanus im 11. Jahrhundert und Gherardo da Cremona im 12. Jahrhundert) Eingang in die Medizinkultur des mittelalterlichen Europas fanden – wichtige „Relaisstationen“ stellten dabei Salerno in Süditalien und Toledo in Zentralspanien dar. Wie dargelegt wird, wurden jedoch zwei Jahrhunderte später mit der aufkommenden Renaissance und ihrer Betonung der originären antiken Quellen die gräko-arabische und die westliche Medizin zunehmend als Gegensätze wahrgenommen. Die wachsende wissenschaftliche Ausgestaltung der westeuropäischen Medizin seit dem 16. Jahrhundert (etwa durch Andreas Vesal, 1514–1564) verschärfte diesen Gegensatz noch. Zur selben Zeit führte der Buchdruck mit beweglichen Lettern zur Verbreitung der klassischen medizinischen Lehrwerke von Ärzten wie Rhazes, Haly Abbas und Avicenna im Westen wie im Osten.

¹ Frank Kressing: Heilung zwischen Welten – Zur Kulturgeschichte des medizinischen Wissenstransfers zwischen Europa und dem Vorderen Orient. Von der Antike bis zur Gegenwart (Schriften zur Ideen- und Wissenschaftsgeschichte 25). Hamburg 2024.

Ab dem 18. Jahrhundert entstanden in der islamischen Welt Reformbewegungen, die allgemeine Modernisierungen und auch damit auch eine Modernisierung der Medizin zum Ziel hatten. In deren Folge wurde die zunehmend biologisch fundierte europäische Medizin des 19. Jahrhunderts in die islamische Welt exportiert. Der Prozess dieses Wissenstransfers wird in der Monographie schwerpunktmäßig an den Beispielen Ägypten, Persien und dem Osmanischen Reich nachvollzogen. Damit war eine Konfrontation der islamischen Welt mit der auf antiker Grundlage entwickelten westlichen Medizin verbunden, die letztendlich auf denselben Grundlagen wie die gräko-islamische Medizin fußt. Als Gegenbewegung zum Primat der westlichen Medizin bestehen in Ländern wie Indien, Pakistan oder dem Iran seit dem 20. Jh. Bestreben zur Wiederbelebung der traditionellen islamischen Medizin (*Ṭibb-i Yunani*, *Ṭibb-i Sunnati*) und zu deren Etablierung auf dem internationalen Gesundheitsmarkt, wobei den Apologeten dieser Bewegung die gemeinsamen west-östlichen medizinischen Wurzeln im *Corpus Hippocraticum* oder in den Schriften von Galen und Avicenna durchaus bewusst sind, worauf u.a. die Bezeichnung *Ṭibb-i Yunani* („Medizin der Ionier/ der Griechen“) für gräko-islamische Medizin Indiens hindeutet.

Zusammenfassend besteht die Intention des Projektes darin, Prozesse der gegenseitigen Durchdringung westlicher und östlicher Medizin zu verdeutlichen, die sich bis in die prähellenistische Zeit (z.B. die Gemeinsamkeiten von indischem *Āyurveda* und griechisch begründeter Humoralpathologie) nachweisen lassen und sich seitdem immer wieder in die eine andere Richtung – von Ost nach West und West nach Ost – wiederholt haben. In ideologiekritischer Weise widmet sich der Autor dabei grundsätzlichen Fragen des Wissenstransfers und hinterfragt die oft behauptete Dominanz der westlichen, aber auch der „orientalischen“ Kultur, die in der zeitgenössischen Idealisierung von Heiler-Persönlichkeiten wie Ibn an-Nafis al Quraši (13. Jahrhundert, vermeintlicher Entdecker des kleinen Blutkreislaufs) und Avicenna ebenso ihren Ausdruck findet wie in populären Ausstellungsprojekten des 21. Jahrhunderts, zum Beispiel *1001 Inventions: The Enduring Legacy of Muslim Civilization* (Manchester 2012); *Sultans of Science* (Vereinigte Arabische Emirate 2010) oder *Ex oriente lux? Wege zur neuzeitlichen Wissenschaft* (Oldenburg 2009/ 2010). Das Fazit besteht darin, dass die westliche, allopathische und „orientalische“, gräko-islamische Medizin über gemeinsame Wurzeln verfügen und sich deren Traditionsstränge im Verlauf von Jahrhunderten immer wieder gekreuzt haben. Diese wechselhaften Transferprozesse werden erstmals über einen Zeitraum von drei Jahrtausenden nachvollzogen.

Publikation

2024 Heilung zwischen Welten – Zur Kulturgeschichte des medizinischen Wissenstransfers zwischen Europa und dem Vorderen Orient. Von der Antike bis zur Gegenwart (Schriften zur Ideen- und Wissenschaftsgeschichte 25). Hamburg.

2. Interkultureller Transfer in Ritual und Heilung

Der rezente, (post-) moderne medizinische Pluralismus manifestiert sich unter anderem im Transfer von Diagnose- und Therapiemethoden über kulturelle Grenzen hinweg, aber auch in der kulturübergreifenden Auslagerung von medizinischen Heil- und Pflegeleistungen. Das Projekt widmete sich einer kritischen Sicht der oftmals undifferenzierten Übernahme fremdkultureller, größtenteils spirituell gebundener Heilweisen in einen westlichen Kontext und strebte eine Analyse von unbefriedigten Gesundheitsbedürfnissen innerhalb westlicher Gesellschaften aufgrund folgender Fragestellungen an:

- In wieweit beruht die Perzeption fremdkultureller Medizinkonzepte auf der in der euro-amerikanischen Kultur tief verwurzelten, historisch gewachsenen Ambivalenz interkultureller Fremdwahrnehmung?
- In wieweit fließen hier Aspekte des Ethnozentrismus und der Idealisierung des Fremdkulturellen ein?
- Welche kommerziellen Aspekte stehen hinter dem Gesundheits-*Outsourcing* in Länder der südlichen Erdhälfte?
- Werden *Indigenous Knowledge* und *Indigenous Property rights* respektiert?

Publikationen

- 2019 International Diversity in Healthcare – A Critical Review of the Importance and Treatment of Global Health Issues. In: Florian Steger (Hrsg.): Diversität im Gesundheitswesen. Freiburg, München, S. 109–127.
- 2016 Migration and Health in Medical Education – A Work in Progress Report from Central Europe. In: Journal of Health and Culture 1, S. 36–44.
- 2016 Possible Preventive Aspects of Shamanism – An Example from Ladakh, Northwest India. In: Curare – Zeitschrift für Medizinethnologie/ Journal of Medical Anthropology 38, S. 213–223.
- 2014 Anmerkungen zur Ethik der Forschung an und mit ethnischen Minderheiten. In: Christian Lenk, Gunnar Duttge, Heiner Fangerau (Hg.): Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen. Heidelberg, Dordrecht, S. 323–327.
- 2014 Contested Medical Identities – Migration of Health Care Providers and Middle Eastern Students at Western Universities. In: İlhan İlkılıç, Hakan Ertin, Rainer Brömer, Hajo Zeeb (Hg.): Health, Culture and the Human Body. Epidemiology, Ethics and History of Medicine. Perspectives from Turkey and Central Europe. İstanbul, S. 113–124.

- 2012 Heil und Gesundheit aus der Ferne – Einige ethische Überlegungen zu interkulturellen Transferprozessen in der Komplementär- und Alternativmedizin. In: Medizinethik im kulturellen Kontext. Zeitschrift für Medizin, Ethik, Recht 1, S. 6–14.
- 2012 Schamanismus als medizinische Prävention? Ein Fallbeispiel aus Ladakh (Nordwest-Indien). In: Robert Jütte (Hg.): Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung. Stuttgart 2012, S. 229–252.
- 1997 La medicina occidental en la región kallawaya, Bolivia. Research papers – Documentos de trabajo – Documents des recherches – Forschungsberichte, Bd. 1. Ulm.
- 1995 Westliche Medizin in der Kallawaya-Region. Kontrastive Analyse des Patientenverhaltens in den Anden Boliviens am Beispiel verschiedener Gesundheitseinrichtungen in der Provinz Bautista Saavedra. Ulmer Kulturanthropologische Schriften, Bd. 6.
- 1995 (mit Günter Hörmann, Detlef Saurien): Schamanismus im Kulturanthropologischen Film. Ulm.

3. Kulturelle Kompetenz in der Krankenversorgung

Weltweite Migrationsbewegungen – auch von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in den Gesundheitsberufen und in Pflorgeteams – schaffen neue Voraussetzungen für einen kultursensiblen Umgang mit Patientinnen und Patienten, werfen aber auch grundsätzliche Fragen zu ärztlichem und pflegerischem Handeln auf, welche Gegenstand der Arbeitsgruppe „Interkulturalität in der medizinischen Praxis“ sind. Diese Arbeitsgruppe wurde im Februar 2011 innerhalb der „Akademie für Ethik in der Medizin“ (AEM) gegründet. Ihre Mitglieder stammen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz und vertreten ganz verschiedene Fachbereiche wie Medizin, Pflege, Ethnologie, Theologie, Philosophie, Ethik, Pädagogik und Linguistik.

Die Arbeitsgruppe beschloss ein Positionspapier mit dem Titel „Empfehlungen zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens“, das in dreizehn konkreten Thesen die Mindeststandards bzw. Lernzielbereiche der kultursensiblen Patientenversorgung und Krankenpflege thematisiert. Das Positionspapier berücksichtigt Themen wie Kulturmodelle, kulturelle Wahrnehmung, Entscheidungsfindungsprozesse und die Rolle von Kommunikation auf dem aktuellen medizinethnologischen und medizinethischen Forschungsstand. Neben der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung richtet das Positionspapier seinen Blick auch auf organisationsethische und politische Aspekte.

Es stellt die Grundlage für weitere Entwicklungen in der medizinischen Lehre dar und setzt einen Standard fest, hinter den die Ausbildung nicht zurückfallen darf. Wie Ergebnisse der Versorgungsforschung bei Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland nahelegen, bestehen durchaus negative gesundheitliche Auswirkungen des Migrationsstatus, die zu einer vermuteten Vulnerabilität dieser Gruppe führen: Allerdings bestehen diesbezüglich erhebliche Probleme der Datenerhebung, die

- (1) aus einem Mangel an bevölkerungsbezogenen Daten zu den Kategorien „Ausländer“ – „Flüchtling“- Asylbewerber – „Aussiedler“ – „Migrant“
- (2) Defiziten in der statistischen Erfassung von Migranten
- (3) und aus dem Mangel einer operationalisierbaren Definition von Migranten an sich resultieren.²

Widersprüchliche Angaben zur Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland belaufen sich auf 9–16 Millionen Menschen, das entspricht 12–20 % der Gesamtbevölkerung. Die gegenwärtige Flüchtlingsbewegung hat zwar zur Zunahme der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland geführt, führte jedoch keine grundsätzlichen Änderungen bezüglich der Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund herbei.

² Theda Borde: Repräsentationen ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten. Erfordernis, Chancen und Nebenwirkungen. In: Theda Borde und Matthias David (Hg.): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main 2005, S. 267-287; Theda Borde und Matthias David (Hg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Frankfurt am Main 2008; Tatjana Grützmann, Christina Rose und Tim Peters: Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. In: Ethik in der Medizin 24/4 (2012), S. 323-334; Axel Höhne und Michael Schubert: Vom Healthy Migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. In: Deutscher Rentenverband (Hg.): Etablierung und Weiterentwicklung. Bericht vom vierten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung. Berlin 2007, S. 103-125; Oliver Razum, Hajo Zeeb, Uta Meesmann, Liane Schenk, Maren Bredorst, Patrick Brzoska, Tanja Dercks, Susanne Glodny, Björn Menkhaus, Ramazan Salman, Anke-Christine Saß, Ralf Ulrich: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin 2008; Oliver Razum, Ingrid Geiger, Hajo Zeeb, Ulrich Ronellenfitsch: Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt 101/43 (2204), S. A 2882–2887, A 1–2; Hajo Zeeb, Oliver Razum: Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung/ Epidemiological research on migrant health in Germany. An Overview. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49 (2006) S. 845–852; Issac Bermejo, Lars P. Hölzel, Levente Kriston, Martin Härter: Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55 (2012), S. 944–952; Gunter Brückner: Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Datenreport. Bonn 2016, S. 218–249; Fritz A. Muthny, Isaac Bermejo (Hg): Interkulturelle Aspekte der Medizin – Lagentheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Köln 2009; Oliver Razum et al.: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2008; Oliver Razum, Jacob Spallek: Definition von Migration und von der Zielgruppe „Migranten“. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Dossier Gesellschaft/ Migration 2009. <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossiermigration/57302/definition> (abgerufen am 5.3.2016); Statistisches Bundesamt: Statistische Wochenberichte – Bevölkerung, Soziales und Arbeit – Monatszahlen, Stand: 1. Februar 2013. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischeWochenBerichte/WochenBerichte_Bevoelkerung.pdf?blob=publicationFile (abgerufen am 16.5. 2015); Thusnelda Tivig, Pascal Hetze: Deutschland im Demografischen Wandel. Rostock 2007; Gunter Brückner: Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): Datenreport. Bonn 2016, S. 218–249.

Barrieren in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und mangelndes Diversity Management

Bei aller Heterogenität und ungenauen Abgrenzung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland lassen sich gegenüber der „autochthonen“ Mehrheitsbevölkerung stärkere Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung und deutliche Tendenzen einer medizinischen Benachteiligung bzw. Unter- und Fehlversorgung belegen. Indizien dafür sind:

- die häufigere Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung bei Migranten als bei „Deutschen“, die fast doppelte Häufigkeit psychischer Erkrankungen gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt
- Schwierigkeiten der Anamnese und Therapie – insbesondere bei Flüchtlingen: „Innerhalb der Gruppe traumatisierten Kriegs- und Folteropfer (...) ist die erlittene Gewalt häufig mit schwer kommunizierbaren Tabus verbunden (...)“
- Defizite bei Dolmetscherdiensten im Falle unzureichender Deutschkenntnisse der Patientenklientel, mangelnde Differenzierung der unterschiedlichen Funktionen von Dolmetscher und Sprachmittler, häufig Rückgriff wird auf ad hoc-Dolmetscher in Gestalt des Küchen- oder Reinigungspersonals oder (minderjähriger) Familienangehöriger.

Weiterhin führt die Präsenz „nicht-deutschen“ medizinischen Personals führt nicht notwendigerweise zur Verbesserung des muttersprachlichen Versorgungsangebots – ausländische Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte stammen meist nicht aus den Herkunftsländern der Migrantenvölkerung. Mangelndes *Diversity Management* im bundesdeutschen Gesundheitswesen ist Gegenstand zahlreicher Publikationen, wobei sich der Begriff *Diversity* durchaus auch auf die Heterogenität „deutscher“, inländischer Patientengruppen bezieht. Im Zusammenhang damit besteht eine der Grundannahmen darin, dass die Sensibilisierung für die Belange fremdkultureller Patienten auch den einheimischen Patienten zu Gute kommt. In diesem Sinn stellt die angestrebte Innovation einen allgemeinen Beitrag zur Verbesserung des deutschen Gesundheitswesens dar, unabhängig von der in erster Linie angesprochenen „ausländischen“ Klientel.

Die Bedeutung des Faktors „Kultur“ im medizinischen Alltag

Im Zusammenhang mit Versorgungslücken, Versorgungsengpässen und Barrieren der Inanspruchnahme kommt im bezüglich der Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund dem Begriff der „Kultur“ eine besondere Bedeutung zu. Insbesondere wird Kultur als ein Moment der Bestimmung von Ethnizität (Volkszugehörigkeit, Nationalität) angesehen – dies unabhängig vom völkerrechtlichen Status, d.h. der Staatsangehörigkeit, Aufenthalts- und Bleiberechten der entsprechenden Menschen. Es wird ein dynamischer Kulturbegriff zu Grunde gelegt, welcher unterschiedliche, situationsspezifische und multiple Zuschreibungen von Kul-

tur und Ethnizität als Resultat der Wechselwirkungen von Selbst- und Fremdzuschreibung erlaubt. Deshalb müssen vermeintliche oder tatsächliche regional- oder kulturspezifische Verhaltensweisen in einer individualisierenden Sichtweise überprüft und hinterfragt werden.

Die Bedeutung unterschiedlicher Krankheitskonzepte und Krankheitsätiologien

Andererseits kann in Bezug auf kulturgebundene Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen die Notwendigkeit interkultureller Sensibilität im Sinne des *Medical Diversity Management* nicht außer Acht gelassen werden. Darunter sind auch die Kenntnis und das Verständnis möglicherweise abweichender Krankheits-Ätiologien und eines fremdkulturellen Krankheitsverständnisses im Sinne der Heterogenität der *Explanatory Models* (Arthur Kleinmann) zu verstehen. Die Konfrontation mit überraschend anderen Erklärungen für Gesundheit und Krankheit innerhalb der ersten Generationen von „Gastarbeitern“ in der Bundesrepublik führte zu teilweise abstrusen und abwegigen Konstruktionen von populationsspezifischen Krankheiten oder psychischer Störungen wie *Morbus bosporus*, *Mama mia-Syndrom* oder *Gastarbeiter-Ulcus*.³

So wichtig es ist, kulturgebundene Krankheitsätiologie oder kulturspezifischer Symptome (CBS – *Culture Bound Syndroms*) in eine sorgfältige und verantwortungsvolle Anamnese mit einzubeziehen, so sehr kann die Überbetonung interkultureller Differenz kann zu einer tiefgreifenden Stigmatisierung und Abwertung des Krankheitserlebens von Patienten mit nichtdeutschem Hintergrund führen. In diesem Sinne ist der Begriff „Kultur“ durchaus auch ein „Begriff mit Risiken und Nebenwirkungen“ (Michael Knipper) – immerhin stellt die Migrationsgeschichte doch nur einen, und keinesfalls unbedingt den entscheidendsten Aspekt der persönlichen Gesundheitssituation dar, auf die der Patient oder die Patientin keinesfalls beschränkt werden sollten.

Ethnisierung ethischer Konfliktfälle?

Zum Teil lässt sich hier eine „Ethnisierung ethischer Konfliktfälle“ (Imhof und Kressing) feststellen, die zum Teil eher der Bequemlichkeit von Ärzten und Pflegepersonal entsprechen mag als tatsächlicher interkultureller Sensibilität. Nach Bruchhausen (2014) lassen sich vier verschiedene „Settings“ unterscheiden, die als Konflikte mit kulturellem Hintergrund wahrgenommen werden:

³ Issac Bermejo, Lars P. Hölzel, Levente Kriston, Martin Härter: Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55 (2012), S. 944–952; Michael Coors, Tatjana Grützmann, Tim Peters (Hg.): Das Fremde verstehen. Interkulturalität und ethische Konflikte in Medizin und Pflege. Göttingen 2014; Walter Bruchhausen: Interkulturalität als Thema der Medizinethik. In: Coors et al.: Das Fremde verstehen, S. 23–36; Arthur Kleinman, Peter Benson: Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and how to fix it. In: Public Library of Science – Medicine 10 (2006), S. e294.

- (1) Mangelndes Verständnis der fremden Sichtweise – Missverständnisse,
- (2) Unterschiedliche Einschätzung der jeweiligen Situation – Bewertungsdifferenzen,
- (3) Fehlverhalten aus kulturspezifischer Sicht – Diskriminierung, und
- (4) Konflikte aufgrund primär unvereinbarer moralischer Positionen – „harte Werte–Differenzen“.

Lediglich der letzten Gruppe misst Walter Bruchhausen den Charakter tatsächlicher „ethnischer Konflikte“ bei.⁴

Forderungen an das bundesdeutsche Gesundheitswesen

Die Forderung nach verstärkter Aufnahme von Inhalten kultursensibler Medizin und eines theoretisch-fundierten Umgangs mit dem Kulturbegriff in die reguläre Ausbildung von Medizinstudierenden wurde inzwischen auch von verschiedenen Initiativen im Bereich der medizinischen Ausbildung gestellt. Die dadurch belegbare Bedarfslage in Bezug auf eine kultursensible Medizin bedingt jedoch keineswegs die Notwendigkeit einer eigenen „Migrantenmedizin.“ Vielmehr ist darauf hinzuwirken, dass die Standards, die im Rahmen des *Medical Diversity Management* für Patientinnen und Patienten nicht deutscher Herkunft entwickelt werden soll(t)en, gleichermaßen für alle Patientinnen und Patienten gelten. So wies 2014 das Netzwerk *Swiss Hospitals for Equity* darauf hin, dass es wichtig ist, für alle Patientinnen und Patienten eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, nicht nur für Migrantinnen und Migranten – oder, wie es Walter Bruchhausen formulierte:

Wenn alle sich an das heute schon bestehende Berufsethos halten würden, wäre schon viel, vielleicht das Meiste gewonnen (...) Kontakte zwischen Arzt und Patient verschiedener Nationalität oder Religion sind allenfalls quantitativ bzw. graduell, nicht aber qualitativ oder prinzipiell schwieriger als jede andere Arzt-Patient-Beziehung.

⁴ Christiane Bunge: Zum Mythos des „Mittelmeer-Syndroms“ – zur Bedeutung von Kultur und Migration auf das Schmerzerleben und Schmerzverhalten. Berlin 2004; Katarina Greifeld (Hg.): Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Medizinethnologie. Berlin 2003; Dies.: Was ist „krank“? Wohlbefinden und Missbefinden im interkulturellen Vergleich. In: Dr. Med. Mabuse – Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, 96 (1995), S. 22–26; İlhan İllkılıç: Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses. In: Deutscher Ethikrat (Hg.): Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung. Berlin 2010; S. 29–40. İlhan İllkılıç: Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft. Münster, Hamburg, London 2002; Ders.: Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 8 (2008), S. 857–864; John Launer: Folk Illness and Medical Models. In: Quaterly Journal of Medicine 96 (2003), S. 875–876; Alfred Petersen: Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. In: Curare – Zeitschrift für Ethnomedizin 18 (1995), S. 531–540; Michael Knipper: Vorsicht Kultur! Ethnologische Perspektiven auf Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt. In: Michael Coors, Tatjana Grützmann, Tim Peters (Hg.): Das Fremde verstehen. Interkulturalität und ethische Konflikte in Medizin und Pflege. Göttingen 2014, S. 52–69; Christiane Imhof, Frank Kressing: Die ethnische Verlagerung von ethischen Problem- und Konfliktfällen. In: Coors et al.: Das Fremde verstehen, S. 70–80; Walter Bruchhausen: Interkulturalität als Thema der Medizinethik. In: Coors et al.: Das Fremde verstehen, S. 23–36.

Eine der oben angesprochenen „quantitativen Schwierigkeiten“ kann, muss aber nicht unbedingt in der sprachlichen Vermittlung von Diagnosen und Therapie-Optionen bestehen. Hier besteht die Notwendigkeit, nicht nur Dolmetscher als rein sprachlich orientierte Übersetzer, sondern vielmehr ausgebildete *community interpreters* im Sinne von Sprach- und Kulturvermittlern einzusetzen. Die genannten Veröffentlichungen gehen übereinstimmend davon aus, dass

- (1) eine gerechte Gesundheitsversorgung nach gleichem Zugang zum Gesundheitswesen und dem Verbot von Diskriminierungen verlangt.
- (2) bei aller Vorsicht, die im Umgang mit den Begriffen „Kultur“, „interkultureller Konflikt“, „religiöse Differenzen“ und „fremde Wertesysteme“ angebracht ist, im bundesdeutschen Krankenhausalltag wesentliche Beiträge zu einem befriedigenden und nicht diskriminierenden *Medical Diversity Management* im Sinne „struktureller Kompetenz“ geleistet werden müssen.⁵
- (3) die damit verbundene Sensibilisierung für die Belange fremdkultureller Patienten auch dazu beiträgt, Standards der Versorgung „einheimischer“ Patienten zu hinterfragen und zu verbessern – das Motto „Der schwierige Patient ist im Wesentlichen ein Interaktionsphänomen, das Achtsamkeit erfordert“ wird erweitert zu „Der interkulturelle Patient ist im Wesentlichen ein Interaktionsphänomen, das Achtsamkeit erfordert“.⁶
- (4) einer gelingenden Kommunikation in der interkulturellen Verständigung eine herausragende Rolle zukommt.
- (5) interkulturelle Sensibilität sich nicht auf theoretisches „Wissen“ beschränken darf, sondern Fähigkeiten und Haltungen gleichermaßen mit einbeziehen muss. Patientennahe wie patientenferne Berufsgruppen besitzen eine ethische Verantwortung für eine kultursensible und gerechte Gesundheitsversorgung. Deshalb ist grundsätzlich die Möglichkeit der Fortbildung in Bezug auf Fragen geschlechtersensibler Medizin, altersgerechter Medizin und kultursensibler Medizin für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen, das heißt für Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger, aber auch für Verwaltungs- und Küchenpersonal sowie die Reinigungskräfte zu schaffen.

⁵ Imhof, Kressing: Die ethnische Verlagerung von ethischen Problem- und Konfliktfällen. <http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/geschichte> (abgerufen am 5.10. 2016); Bruchhausen: Interkulturalität als Thema der Medizinethik; Jonathan Metzl, Helena Hansen: Structural Competency: Theoretizing a new Medical Engagement with Stigma and Inequity. In: *Social Science and Medicine* 103 (2014), S. 126-133.

⁶ Gert Kowarowsky: Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag. Stuttgart 2005; 22 Swiss Hospitals for Equity. <http://www.hospitals4equity.ch/index.php/de/geschichte> (abgerufen am 5.10. 2016).

Publikationen

- 2020 (mit Maximilian Schochow): Aspects of Migration, Culture and Healthcare in Germany's Past and Present. In: Florian Steger, Marcin Orzechowski, Giovanni Rubeis, Maximilian Schochow (Hg.): Migration and Medicine. Freiburg, München, S. 197–216.
- 2019 International Diversity in Healthcare – A Critical Review of the Importance and Treatment of Global Health Issues. In: Florian Steger (Hg.): Diversität im Gesundheitswesen. Freiburg, München, S. 109–127.
- 2018 (mit Claudia Mews, Silvia Schuster, Christian Vajda, Heide Lindtner-Rudolph, Luise E. Schmidt, Stefan Bösner, Leyla Güzelsoy, Houda Hallal, Tim Peters, Margarita Gestmann, Linn Hempel, Tatjana Grützmann, Erika Sievers, Michael Knipper): Kulturelle Kompetenz und Global Health – Perspektiven für die medizinische Ausbildung. Positionspapier des Ausschusses Kulturelle Kompetenz und Global Health. In: GMS Journal for Medical Education/ Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 3, S. 1–17. Doc28 20180815.
- 2014 (mit Tim Peters, Tatjana Grützmann, Walter Bruchhausen, Michael Coors, Fabian Jacobs, Lukas Kaelin, Michael Knipper, Gerald Neitzke): Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Positionspapier der Arbeitsgruppe Interkulturalität in der medizinischen Praxis in der Akademie für Ethik in der Medizin. In: Ethik in der Medizin 26 (2014), S. 65–75. DOI 10.1007/s00481-013-0289-x.
- 2014 Contested Medical Identities – Migration of Health Care Providers and Middle Eastern Students at Western Universities. In: İlhan İlkılıç, Hakan Ertin, Rainer Brömer, Hajo Zeeb (Hg.): Health, Culture and the Human Body. Epidemiology, Ethics and History of Medicine. Perspectives from Turkey and Central Europe. İstanbul, S. 113–124.
- 2014 (mit Christiane Imhof): Die ethnische Verlagerung von ethischen Problem- und Konfliktfällen. In: Michael Coors, Tatjana Grützmann, Tim Peters (Hg.): Das Fremde verstehen. Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege (Edition Ethik 13). Göttingen, S. 70–80.
- 2013 Interkulturalität und das Fürsorgeprinzip. In: Ludwigshafener Ethische Rundschau 3, S. 2–5.

- 2012 Kultursensible Lehre und medikale Erinnerungskultur. In: German Medical Science
GMS Publishing House (Hg.): Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
(GMA). Aachen, 27.-29. September. Düsseldorf, S. 131–132.

4. Tod und Trauer im Islam - Tendenzen des Umgangs mit aussichtslosen Prognosen bei Patientinnen und Patienten mit muslimischem Hintergrund

Wie beim Christentum auch, handelt es sich auch beim Islam um eine sehr heterogene Religion, in deren verschiedenen Richtungen die Vorstellungen von Krankheit, Tod und vor allem einem gottgefälligen Leben sehr unterschiedlich beschaffen sein können. Gerade im Kontext der Bundesrepublik Deutschland ist dabei das Bekenntnis der Aleviten von großer Bedeutung, dem immerhin schätzungsweise ein Viertel der Zuwanderer türkischer und kurdischer Herkunft in unserem Lande angehören. In einer Reihe von Vorträgen wurde dementsprechend auf die verschiedenen Facetten der Weltreligion Islam ebenso hingewiesen wie auf die Migrationssituation in einem fremdreligiösen Umfeld, die mit für die Schwierigkeiten verantwortlich ist, die sich zum Teil mit Patienten moslemischer Herkunft ergeben. Ausgangspunkt der Erörterungen soll das sehr häufig zitierte moslemische Leitmotiv sein: „Wir sind gar nicht Besitzer unseres eigenen Körpers, sondern haben ihn nur von Gott [Allah] ausgeliehen“, das weitreichende Entscheidungen auf individuelle und kollektive Patientenentscheidungen in medizinethischen Konfliktfällen haben kann.

Publikationen

- 2014 (mit Tim Peters, Tatjana Grützmann, Walter Bruchhausen, Michael Coors, Fabian Jacobs, Lukas Kaelin, Michael Knipper, Gerald Neitzke): Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Positionspapier der Arbeitsgruppe Interkulturalität in der medizinischen Praxis in der Akademie für Ethik in der Medizin. In: Ethik in der Medizin 26, S. 65–75. DOI 10.1007/s00481-013-0289-x.
- 2014 (mit Christiane Imhof): Die ethnische Verlagerung von ethischen Problem- und Konfliktfällen. In: Michael Coors, Tatjana Grützmann, Tim Peters (Hg.): Das Fremde verstehen. Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege. Edition Ethik. Bd. 13. Göttingen 2014, S. 70–80.

5. *Global Health* in der universitären Lehre

Im Zuge aktueller Entwicklungen wie etwa der weltweiten Mobilität medizinischen Personals und seiner Klientel, der Kommodifizierung kulturell gebundener medizinischer Konzepte und der zunehmenden Bedeutung biodiversitätsspezifischer, DNA-basierter Medizin gewinnen Fragen von weltweiter medizinischer Versorgung, Forschung und Gesundheitspolitik zunehmend an Gewicht. Das darin begründete öffentliche Interesse an *Global Health* ist als ein Grund dafür zu sehen, dass die Einführung dieses relativ neuen Unterrichtsfeldes vor allem von Studierenden befürwortet wird.

Schon 2006 hob die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) in ihrem „Kerncurriculum für die Medizinische Ausbildung in Deutschland“ hervor, welche Bedeutung der Einflüsse von Umwelt, Kultur und der Globalisierung für die ärztliche Ausbildung haben. Weitergeführt wurde dieses Bestreben 2009 mit der Veröffentlichung des von der Bundesvereinigung der Medizinstudierenden Deutschlands herausgegebenen Positionspapiers „Lehre am Puls der Zeit“, verbunden mit einer dezidierten Bedarfsanalyse bezüglich des Ist-Zustandes und des Ausbildungsbedarfs im *Global Health*-Bereich.⁷

Im Mai 2011 wurde in Anlehnung an internationale Vorbilder die *Global Health Alliance*-Deutschland als akademisches Forum für Studierende, Lehrende und praktisch Tätige im medizinischen Bereich gegründet, 2013 in Graz der Ausschuss für kulturelle Kompetenz und *Global Health* innerhalb der Gesellschaft für medizinische Ausbildung. Dieser Ausschuss und die *Global Health Alliance* reagierten damit auf die zunehmende Internationalisierung des Gesundheitssektors. Den daraus erwachsenden Herausforderungen für die Ausbildung von Menschen in den Heilberufen wurde bislang jedoch nur unzureichend begegnet. Deshalb besteht eine akute Bedarfslage zur Einführung von *Global Health* als Unterrichtsinhalt in der medizinischen Ausbildung. Gemäß Angaben aus dem Jahre 2018 wird an 22 von 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland *Global Health* in irgendeiner Form unterrichtet: Teils im Rahmen von bestehenden Lehrverpflichtungen, teilweise über eigene Lehraufträge, als Wahlpflichtfach, in außercurricularen Angeboten oder bereits bestehende Angebote auf den Gebieten der Tropenmedizin, *Public Health* und Internationalen Gesundheit oder in eigenen *Summer Schools*/ Sommerakademien.

⁷ Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) (Hg.): Kerncurriculum für die Medizinische Ausbildung in Deutschland. Bonn, Essen 2006; Bundesvereinigung der Medizinstudierenden Deutschlands (bvmd), Globalisation and Health Initiative (GandHI) (Hg.): Lehre am Puls der Zeit – *Global Health* in der medizinischen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen. Bonn 2009; Walter Bruchhausen, Peter Tinnemann: *Global Health* in der medizinischen Ausbildung: Die Universitäten sind in der Pflicht. In: Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), S. A-2223, B-1876, C-1854. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/110458?src=toc> (abgerufen am 2.12. 2016); Frank Kressing: Migration and Health in Medical Education – a Work in Progress Report from Central Europe. In: *Journal of Health and Culture*, 1 (2016), S. 36–44; Sabine Gabrysch, Philipp Jean: Germany must invest in its global health academic workforce. In: *The Lancet* 391 (2018), S. 656–657, hier S. 656; Universities Allied for Essential Medicines (UAEM), Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd): *Global Health* Hochschulranking. <http://globale-gesundheit.de/cms/> (abgerufen am 25.3. 2018).

Seit 2016 wurde Global Health entweder als Wahlpflichtfach oder als integraler Bestandteil des Pflichtseminars Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin am GTE-Institut der Universität Ulm gelehrt. – Um maßgebliche Verbesserungen der Gesundheit für Patienten und Bevölkerungen in einer interdependenten Welt gerechter zu verteilen, müssen in allen Ländern Gesundheitsfachleute aufgrund ihrer Ausbildung grundsätzlich in der Lage sein, global vorhandenes Wissen umzusetzen, ein kritisches Urteilsvermögen zu entwickeln und nach ethischen Gesichtspunkten zu handeln.

In der medizinischen Ausbildung entspricht die mit *Global Health* verbundene Internationalität schließlich der Lebenswelt und Lebensplanung vieler Studierender, die oft vielfältige Auslandspraktika und –semester in ihr Studium integrieren. Auch ohne eine dauerhafte Berufstätigkeit im Ausland anzustreben, suchen viele Studierende nach Möglichkeiten, ihre sozialen, kulturellen und humanitären Interessen in der medizinischen Ausbildung und im Berufsleben pflegen zu können. Dementsprechend können als Lernziele für die Studiengänge in Global Health definiert werden:

(1) Im Bereich des Wissens (*Knowledge*):

- Verbesserte Kenntnis von Struktur, Organisation, Finanzierung des Gesundheitssektors im internationalen Vergleich, Kenntnis der Auswirkungen der Globalisierung im Gesundheitssektor (Arbeitsmigration, *Brain Drain*, *Urban Penalty* in *Megacities*/ metropolitanen Zentren der südlichen Erdhälfte; Medikamentenexport, Medizintourismus, globalisierter Gesundheitsmarkt)
- Kenntnis kultureller Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung (Komplex Heilung und Ritual, Trennung/ Verbindung der Rollen von Arzt und Priester, der Systeme Medizin und Religion, Verfügbarkeit bislang unbekannter Therapieformen, undifferenzierte Übertragung kulturgebundener Heilweisen, Verwendung traditioneller Pharmacoepia, Kompensation kultureller Defizite der westlichen Medizin)
- Kenntnis politischer, sozialer, ökonomischer und ökologischer Gefährdungsfaktoren im Gesundheitssektor (Kriege inklusive Bürgerkriege, Umweltflüchtlinge, Ressourcenmangel: Wasser, Ernährung, wirtschaftliches Ungleichgewicht, vulnerable Bevölkerungsgruppen: Frauen, Kinder, Schwangere, ethnische/ rassische/ religiöse Minderheiten)
- Einsicht in gesundheitliche Ungleichheiten (*Health Inequities*: soziale, ethnische, religiöse Ungleichheiten, *Gender Inequities*)

(2) Im Bereich der Fertigkeiten und Einstellungen (*Skills & Attitudes*):

- Befähigung zur validen, kompetenten Recherche im Gesundheitsbereich, kritisches Studium von wissenschaftlicher Literatur

- Allgemeiner Zuwachs an intra- und interkultureller Kompetenz
- Reflexion der eigenen Rolle im Gesundheitswesen (soziale Verantwortung, der Arzt als Beichtvater, Lebens- und Gemeindeberater) im interkulturellen Kontext
- eigenständige Erarbeitung von Projekten oder Kampagnen in Arbeitsgruppen
- systematische Vorbereitung und Nachbereitung von Auslandsaufenthalten (inhaltlich, ethisch, praktisch)
- „Standards“ für Auslandsfamulaturen definieren
- Sensibilisierung von Medizinstudierenden für internationale Dimensionen von Gesundheitsversorgung, Einsicht, dass „Gesundheit für alle“ keinesfalls gewährleistet ist, sondern dass Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung weltweit von einer Vielzahl „nicht-medizinischer“ Faktoren abhängen (*Social Determinants of Health*), z.B. Klimawandel, Umweltzerstörung, Sozialhygiene, Krieg, bewaffnete Konflikte, ökonomischer Ausbeutung und wirtschaftlicher Ungleichheit, Unterprivilegierung aufgrund religiöser, ethnischer, „rassischer“, sozialer Kriterien, globalen Tausch- und Handelsbeziehungen (Stichwort: „ungleicher Tausch“), dem internationalen Drogenhandel (inklusive Alkohol und Tabak), dem Bevölkerungswachstum und der Welternährungssituation.

(3) Im Bereich der kultursensiblen Lehre

- Förderung der Einsicht, dass internationale Kommilitonen und Kommilitoninnen, vornehmlich aus den südlichen Kontinenten, andere Konzepte und Traditionen von Medizin wie auch der akademischen Lehre haben mögen, ohne diese Verschiedenheiten im Sinne einer fehlgeleiteten Exotisierung über zu bewerten.

Der Ertrag der Umsetzung dieser Studienprogramme für die Universitäten besteht unter anderem darin, dass Studierende der Medizin (und anderer Fächer) für ihre Tätigkeit weltweit qualifiziert sind und auch internationale Studierende im Sinne von *Best Practice*-Modellen besser als zuvor eingebunden werden können. Die Implementierung von Global Health-Studiengängen trägt weiterhin zur Förderung partnerschaftlicher Beziehungen im internationalen Maßstab bei und ermöglicht die Kooperation über Fächergrenzen hinweg, z.B. mit Geographen, Wirtschaftswissenschaftlern, Soziologen, Ethnologen, Religionswissenschaftlern, Politologen, Juristen, Kultur- und Sozialwissenschaftlern im umfassenden Sinne.

Publikationen

- 2019 International Diversity in Healthcare – a critical review of the importance and treatment of global health issues. In: Florian Steger (Hg.): *Diversität im Gesundheitswesen*. Freiburg, München 2019, S. 109–127.

- 2018 “Quo vadis, Global Health?“ Perspektiven eines Lehr- und Forschungsfeldes. In: Jochen Diesfeld, Katarina Greifeld, Wolfgang Krahe, Johannes Stubbe (Hrsg.): Grenzgänge zwischen Medizin, Ethnologie und Psychologie. Festschrift für Ekkehard Schröder. Curare – Zeitschrift für Medizinethnologie/ Journal of Medical Anthropology 41, S. 113–122.
- 2018 (mit Claudia Mews, Silvia Schuster, Christian Vajda, Heide Lindtner-Rudolph, Luise E. Schmidt, Stefan Bösner, Leyla Güzelsoy, Houda Hallal, Tim Peters, Margarita Gestmann, Linn Hempel, Tatjana Grützmann, Erika Sievers, Michael Knipper): Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education – Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. In: GMS Journal for Medical Education 35, S. 1–8.
- 2018 (mit Claudia Mews, Silvia Schuster, Christian Vajda, Heide Lindtner-Rudolph, Luise E. Schmidt, Stefan Bösner, Leyla Güzelsoy, Houda Hallal, Tim Peters, Margarita Gestmann, Linn Hempel, Tatjana Grützmann, Erika Sievers, Michael Knipper): Kulturelle Kompetenz und Global Health – Perspektiven für die medizinische Ausbildung. Positionspapier des Ausschusses Kulturelle Kompetenz und Global Health. In: GMS Journal for Medical Education 35, S. 9–17.

6. Medizintourismus:

Perspectives on Global Health in the 21st Century: Medical Tourism.

Internationale Sommerakademie an der Universität Ulm vom 16.–29. Juli 2012

Vom 16.-29. Juli 2012 fand unter diesem Thema eine vom Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) geförderte Sommerakademie in der Villa Eberhardt, der wissenschaftlichen Begegnungsstätte der Universität Ulm, statt. Die Tagungssprache war Englisch. – Den Ausgangspunkt dieser Lehr- und Studienveranstaltung bildete die weltweite Auslagerung von Heil- und Pflegeleistungen (*Global Outsourcing*) in dem Sinne, dass einerseits Angebote von technisch und fachlich aufwändigen Heil- und Pflegeleistungen in westlichen Ländern (USA, Westeuropa, Japan) für eine Klientel aus der südlichen Erdhälfte bereit gestellt werden, andererseits vergleichsweise kostengünstige Dienstleistungen in Bezug auf Alten- und Krankenversorgung (einschließlich von Rehabilitationsmaßnahmen und medizinischer Langzeitbetreuung) mit westlichem Standard in der der südlichen Erdhälfte angeboten werden. Damit lag das Hauptaugenmerk der Sommerakademie lag auf der gegenseitigen Konfrontation verschiedener Medizinkonzepte und dem Aufeinandertreffen unterschiedlicher kultur- und geschichts-dependenter medizinischer Vorstellungen.

Ziel war es, transkulturelle Facetten des Medizintourismus in einer multidisziplinären Perspektive zu beleuchten und zu einer ethisch begründeten Bewertung beizutragen. Eingebunden war das Programm dieser Veranstaltung damit in aktuelle medizintheoretische Debatten um transkulturelle Aspekte von Therapie- und Pflegeleistungen, gerade auch in Folge internationaler Migrationsbewegungen. Die bisherige Literaturlauswertung zeigte, dass eine derartig facettenreiche Illustration der mit dem Terminus „Medizintourismus“ umschriebenen Phänomene noch nicht geleistet worden war.

Ermittlung des Ist-Zustandes (State of the Art)

Der Bestandsaufnahme von aktuellen Formen und Erscheinungsweise dienten die Präsentationen in den *Participant Panels* zu *Medical Travel – Country Based Reviews: Examples from the Americas, Africa und Asia* sowie eine Exkursion in die Pan-Klinik nach Köln, die sich auf Medizintouristen aus den ehemaligen GUS-Staaten und dem arabischsprachigen Raum spezialisiert hat. Diese Bestandsaufnahmen umfassten die folgenden Präsentationen: *Panoramas and prospects of the development of health tourism in Recife, Pernambuco* (Edrienny Patricia Accioly, Brasilien), *India – a hub for medical travel with entertainment* (Pardip S. Shehrawat, Indien), *Medical tourism – A new concept in Zambia* (Evans Tembo, Sambia) sowie *Diagnosis of current medical tourism industries in Korea and its future directions* (Lee Yunjeong, Südkorea).

Eine erweiterte Definition

In der Sommerakademie wurde in multiperspektivischer und fächerübergreifender Weise das Augenmerk darauf gerichtet, dass in Erweiterung des landläufigen Verständnisses „Medizintourismus“ in die weltweite Vernetzung von Gesundheitsbedürfnissen und Gesundheitsleistungen unter historischen, ethnologischen, medizinischen, soziologischen, politischen und ökonomischen Vorzeichen eingebunden ist. Exemplarisch wurde der Transfer medizinischer Leistungen und Konzepte in den Präsentationen von Asad Ashour (Gaza, Palästina: *Rugya sharia – ritual medication and its use in Palestine*), Amina Ather (Bengaluru, Indien: *Alternate medicine units for medical tourism in India*), Claudia Preckel (Bochum: *Making Unani medicine a Western style therapy?*), Winfried Pfeffer (Freiburg: *A survey of Tibetan Medicine*) und Arpit Gupta (Indien: *Dental tourism – A big Opportunity*) dargestellt. Das Augenmerk richtete sich damit auf die Inanspruchnahme

- (1) westlicher Formen der Diagnose und Therapie in bislang eher peripheren Regionen biomedizinischer Versorgung,
- (2) westlicher Formen der Diagnose und Therapie in etablierten Zentren der biomedizinischen Versorgung (Nordamerika, Westeuropa, Japan) durch Patienten aus Transformations- und Schwellenländern und/ oder peripheren Regionen der südlichen Erdhälfte und

- (3) die Inanspruchnahme nicht-westlicher Formen der Diagnose und Therapie durch Patienten europäisch/euroamerikanischen Hintergrunds in den bisherigen Zentren biomedizinischer Versorgung (etwa der Transfer tibetischer Medizin in den Westen).

Die transkulturelle Begegnung verschiedener Medizinkonzepte – Ritual und Heilung

Gemäß dem Fokus der Sommerakademie, der mehr auf der gegenseitigen Konfrontation verschiedener Medizinkonzepte und dem Aufeinandertreffen unterschiedlicher kultur- und geschichts-dependenter medizinischer Vorstellungen als auf der organisatorisch-technischen „Abwicklung“ medizintouristischer Transferleistungen lag, wurden transkulturelle Facetten des Medizintourismus in einer multidisziplinären Perspektive beleuchtet. Diesem Ziel dienten einleitende Präsentationen von Michael Knipper (Gießen) und Frank Kressing (Ulm) zu den Themen *Health shopping, healer shopping, paradigm shopping* – *examples from the Amazon and Ladakh* und *Examples of transcultural transfer of curing and healing: radiografia con el cuy and other examples from Latin America* (M. Knipper) sowie von Lena Kroeker (Bayreuth): *Western biomedicine and traditional ethnomedicine – a review of concepts and definitions* (Schwerpunkt Lesotho).

Das Programm der Veranstaltung war somit eingebunden in aktuelle medizintheoretische Debatten um transkulturelle Aspekte von Therapie- und Pflegeleistungen, gerade auch in Folge internationaler Migrationsbewegungen, wobei sich in den Diskussionen mit Teilnehmern ganz verschiedenen religiösen Hintergrunds (Christentum, Islam, Hinduismus, Buddhismus) und z.T. einschlägiger ethnographischer Feldforschungserfahrung herausstellte, dass traditionelle Heilweisen so gut wie immer in den spirituell begründeten Komplex von Ritual und Heilung eingebunden sind und die westliche Medizinkultur nur eine von vielen weltweit verbreiteten Medizinkulturen darstellt. Weiterhin bestand Einigkeit darin, dass sich eine historisch gewachsene, z.T. transkulturell orientierte Grundlage des Medizintourismus im traditionellen Pilgerwesen des christlichen Europa, islamischen Orient, hinduistischen und buddhistischen Asien wie auch in indigenen Kulturen finden lässt – im Pilgerwesen, das sowohl der Suche nach spirituellem als durchaus auch nach körperlichem Heil gewidmet war und ist.

Eine ethisch begründete Bewertung globalisierter medizinischer Versorgung

Medizintourismus als *Benefit or Burden* – dies stellte sich als zentrale Fragestellung in Bezug auf die ethische Bewertung globalisierter medizinischer Kommodifizierung von Versorgungseinrichtungen, natürlichen Ressourcen, medizinischen und paramedizinischen Personals und letztendlich sogar von menschlichen Organen heraus. Näher beleuchtet wurde diese Fragestellung in einer linguistisch-semantischen Analyse von Merle Michaelsen (Göttingen): *Medical treatment or a big business? An ethical analysis of the tourism metaphor in the scholarly dis-*

Dr. Frank Kressing, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (GTE), Universität Ulm, Barbara Mez-Starck-Haus, Oberberghof 7, 89081 Ulm, frank.kressing@uni-ulm.de

course sowie in den Beiträgen von Debora Frommeld (Ulm): *Ideals of human beauty and wellness in history*, Sebastian Kessler (Ulm): *Brain drain – brain gain: Aspects and results of labor migration in medical practioners*, Sonia-Elena Popovici (Timișoara, Rumänien): *Globalized organ transplant: Meeting health needs or altering populations?* und Noranjon Ayombekova (Chorog, Tadschikistan): *Medical tourism in the Pamir Mountains, Gorno-Badakhshan*.

Historische Grundlagen medizinischen „Grenzgängertums“

Die Kritik an der westlichen Biomedizin und Hinwendung zu außereuropäischer Alternativ-, Komplementär- und Ethnomedizin weist weit zurückliegende historische Grundlagen auf. Dazu stellte Heiner Fangerau (Ulm, *Early critique of Western medicine: Life reform movements*) Grundlagen der Lebensreformbewegung des 19. Jahrhunderts dar. Bereits zu einer Zeit, als die Biomedizin einen nur sehr unvollständigen Entwicklungsstand erreicht hatte, übten die Lebensreformer Kritik am westlichen Medizinsystem und suchten nach Alternativen, zum Beispiel im inzwischen traditionellen Kur- und Badetourismus, verbunden mit dem Versuch der wissenschaftlichen Begründung der Balneologie. Vertieft wurde die Beschäftigung mit spezifisch deutschsprachigen Traditionen der Komplementär- und Alternativmedizin beim Besuch des Robert-Bosch-Instituts für Medizingeschichte in Stuttgart, bei dem Robert Jütte und Hans Dinges einen Überblick über die Entwicklung der Homöopathie und der anthroposophischen Medizin gaben.

Aspekte der Entgrenzung von Medizin als Folge von Medizintourismus und dessen Einbindung in globale ökonomische Referenzsysteme

Die mangelnde Möglichkeit der Überprüfung, empirischen Verifizierung und Lizenzierung von Heilverfahren, die unreflektierte Idealisierung des Fremden im postkolonialen interkultureller Diskurs und die unreflektierte Übernahme missverstandener oder nur partiell zugänglicher spiritueller Traditionen in westliche Ökonomisierungsmechanismen wurden in der *Participants' session: A critical appraisal of medical travel and palliative care for foreigners* thematisiert. In diesem Teil der Veranstaltung kamen auch gesundheitsökonomische Aspekte der Kostenminimierung durch Therapieauslagerung und der Substitution von Pflegeleistungen bis hin zu Aspekten eines „Sterbetourismus“ als spirituell begleiteter, ökonomisch erschwinglicher Betreuung in der Endphase des Lebens zur Sprache. Im Einzelnen handelte es sich dabei um die Beiträge *„Globalized organ transplant: meeting health needs or altering populations?“* (Sonia-Elena Popovici, Rumänien), *Untreated pain: A situational analysis of palliative care services in India* (Pooja Sharma, Sri Lanka), *Dental tourism – a big opportunity* (Arpit Gupta, Indien) und *Medical treatment or a big business? An ethical analysis of the tourism metaphor in the scholarly discourse* von Merle Michaelsen (Göttingen).

Zielgruppe

Als Klientel der Sommerakademien waren Nachwuchswissenschaftler, Studierende der Medizin sowie der Lebens- und Biowissenschaften, Soziologie, Politikwissenschaften, Ethnologie/Kulturanthropologie, Kultur- und Medizingeschichte, Wirtschafts-, Medien- und Kommunikationswissenschaften vorgesehen, vorzugsweise aus Ländern des Nahen Ostens, postsozialistischen Transformationsländern und der südlichen Erdhälfte.

Die vierzehn ausgewählten Teilnehmer und Teilnehmerinnen kamen aus den folgenden Bereichen: Bioethik, *Public Health*, Biomedical Engineering, Krankenpflege (*master nursing program* der Universität Recife, Bahia), humanitäre Organisationen (*Norwegian refugee council*), pharmazeutische Forschung, Zahnheilkunde, Informationstechnologie, Gesundheitsmanagement, Medizingeschichte, Psychologie, Soziologie, Kulturanthropologie, Landwirtschaft und Gesundheitsadministration. Damit war ein breit gefächertes Spektrum der Fortbildungsveranstaltung mit dem Ziel der interdisziplinären Vernetzung von Natur-, Geistes-, Sozial und Kulturwissenschaften gewährleistet. Mit einer Teilnehmerin aus Südamerika, zwei Teilnehmern aus dem sub-saharen Afrika und sechs Teilnehmern aus Südasien (Indien, Sri Lanka, Pakistan) stammte die Mehrheit der Klientel aus der südlichen Erdhälfte. Zwei Teilnehmer stammten aus Vorder- und Zentralasien (Palästina, Tadschikistan), zwei aus postsozialistischen Transformationsländern (Rumänien, Tadschikistan).

Integration der Sommerakademie in das Lehrangebot der Universität Ulm

Das Thema der Sommerakademie war einerseits durch das Wahlpflichtfach “Global Health” in das Curriculum des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin integriert, andererseits in das Programm zur nachhaltigen Internationalisierung der akademischen Lehre in das Projekt *Universität Ulm Pro Mint und Med.*⁸

Werbemaßnahmen

Zur Werbung für die Sommerakademie wurden im Vorfeld gezielt folgende Institutionen um Unterstützung gebeten: International Office der Universität Ulm (Leiter: Dr. Reinhold Lücker), das Fachforum H-Soz-Kult (Kommunikation und Fachinformation für die Geschichtswissenschaften) der Humboldt-Universität Berlin, <http://hsozkult.geschichte.huberlin.de>), International Human and Social Net Online (H-Sci-Tech-Med), German University in Cairo, New Cairo City, ArabMed-AG der Charité in Berlin (<http://www.fsicharite.de/wb/pages/ags/arabmed-ag.php>), Arabian German Medical Alumni Network (AGMAN, Universität Erlangen-Nürnberg),

⁸ Universität Ulm, Universitätsklinikum Ulm, Bundesministerium der Verteidigung: Verbundantrag PiCS@Uulm: Practical and Communication Skills Concept – Uulm Pro MINT & MED. Ulm, 29. Juli 2011, S. 18–19.

Global Health Alliance – Globalisation and Health Initiative (GandHI), Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Istanbul Health Museum EU Project, Harvard Initiative for Global Health (globalhealth@harvard.edu) und John Hopkins Center for Global Health (tquinn2@jhmi.edu). Darüber hinaus ein Flyer an insgesamt 700 Adressen im In- und Ausland versandt.

Zulassungsvoraussetzungen

- Für Studierende der Medizin: Physikum oder vergleichbare Leistung
- Für Studierende anderer Fachrichtungen: B.A., M.A. oder vergleichbarer Abschluss
- Für Nachwuchswissenschaftler: Nachweis des Studienabschlusses und der vorherigen Beschäftigung mit einem Thema aus dem Global Health- Bereich.

Auswahlverfahren - Auswahlkriterien

- Qualität des Abstracts für den Vortrag
- Nachgewiesene Expertise im Bereich Public Health/ Gesundheitsmanagement/Ethnomedizin
- Qualität der akademischen Abschlüsse
- Nachweisbare Ernsthaftigkeit der Teilnahmeabsicht an der Sommerakademie

Kulturelles Begleitprogramm

- Stadtführung durch das Ulmer Fischer- und Gerberviertel und das Münster
- Exkursion in die PanKlinik – Besuch des Kölner Doms
- Besuch des Tibet-Hauses in Freiburg – des Freiburger Münsters, der Freiburger Altstadt und der Altstadt von Basel
- Exkursion nach Heidelberg – Besuch des Deutschen Apothekenmuseums, des Heidelberger Schlosses und der dortigen Altstadt
- Teilnahme am Schwörmontag in Ulm und am „Nabada“ (Ulmer Wasserkarneval)
- Exkursion in das Institut für Medizingeschichte der Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart – Besichtigung der Stuttgarter Innenstadt (Schlosspark, Rosensteinpark)
- Exkursion nach Ingolstadt – Besuch des Deutschen Medizinhistorischen Museums, der Altstadt (Gründungshaus der Illuminaten) – Fahrt nach München
- Exkursion nach Blaubeuren (Karstquelle „Blautopf“, eh. Benediktinerkloster mit Hochaltar, Altstadt und Schwäbische Alb)

Nachhaltige logistische Unterstützung während der Sommerakademie wurde sowohl vom Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (GTE) als auch vom Zentrum für Medizin

und Gesellschaft, insbesondere von Herrn Dr. Sebastian Keßler, Frau Debora Frommeld M.A., Herrn Arno Görden M.A. und Frau stud. Johanna Schwerdtle, Hochschule Neu-Ulm, geleistet.

Medienarbeit

Ein Rundfunkinterview (Heiner Fangerau, Frank Kressing) wurde während der Sommerakademie mit Frau Anita Schlesak vom Südwestdeutschen Rundfunk (SWR) in Ulm geführt.

Publikationen

- 2018 Aspekte kultureller Differenz im internationalen Medizintourismus. In: Michael Coors, Tim Peters, İlhan İlkılıç (Hg.): Umgang mit kultureller Differenz in der Gesundheitsversorgung. Sonderheft Ethik in der Medizin, S. 251–262. DOI: 10.1007/s00481-018-0498-4.
- 2017 „Benefit or burden?“ Ethische Probleme des internationalen Medizintourismus. In: Andreas Frewer, Lutz Bergemann, Caroline Hack, Hans G. Ulrich (Hg.): Die kosmopolitische Klinik. Globalisierung und kultursensible Medizin (Jahrbuch Ethik in der Klinik. Bd. 10). Würzburg, S. 147–166.
- 2012 Bericht über die Internationale Sommerakademie *Perspectives on Global Health in the 21st Century – Medical Tourism*, 16.-29.07. 2012, Universität Ulm. In: Curare – Zeitschrift für Medizinethnologie 35, S. 280-283.

7. Klassifikation und Evolution in Biologie, Linguistik und Wissenschaftsgeschichte.

**Teilprojekt Wissenschaftsgeschichte, Bearbeiter: Prof. Dr. Heiner Fangerau,
Dr. Frank Kressing, Dr. Matthis Krischel**

Das Verbundprojekt Klassifikation und Evolution in Biologie, Linguistik und Wissenschaftsgeschichte wurde in den Jahren 2009 bis 2012 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und unter Beteiligung des Institutes für Molekulare Evolution (Leiter: Prof. Dr. William F. Martin), des Lehrstuhls für Romanische Sprachwissenschaften (Leiter: Univ.-Prof. Dr. Hans Geisler, beide Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf) und des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (Universität Ulm) durchgeführt.

Ausgangspunkt des Projektes war die Tatsache, dass die heute scheinbar deutlich voneinander getrennten, sich in Methoden und Fragestellungen fundamental unterscheidenden Natur- und Geisteswissenschaften in ihren historischen Entwicklungen nicht nur Parallelen, sondern auch

fruchtbare gegenseitige Vernetzungen und Bezugnahmen auf aufweisen. Für solche Vernetzungen stand bis in das 20. Jahrhundert hinein auch die Figur des „Universalgelehrten“, etwa August Schleicher (1821-1868) oder Franz Boas (1858-1942). Ausgerechnet am Beginn einer Phase der disziplinären Spezialisierung kulminierten in der Mitte des 19. Jahrhunderts gegenseitige Referenzen in evolutionären Vorstellungen und Ansätzen zur Klassifizierung kultureller und biologischer Phänomene.

Wissenschaftsgeschichtliche Betrachtung der Ideen von Evolution und Klassifikation in Biologie und Linguistik

Bis zu dieser Zeit etablierte sich sowohl in der Biologie als auch in den Sprachwissenschaften der Gedanke einer regelhaften Entwicklung von Sprachen und Lebewesen aus Protoformen, die in einem Stammbaum-Modell dargestellt werden konnte: In der Biologie waren mit Linné (1735), Buffon (1749-1788), Cuvier (1798-1825) und Lamarck (1809) systematische Klassifikationen von Pflanzen und Tieren erstellt worden, Darwin (1859) erkannte die evolutionären Prinzipien, die hinter der Ausbildung dieser Artenvielfalt steckten. In den Sprachwissenschaften war mit Hilfe der historisch-vergleichenden Methode ein polyphyletisches Modell der Entstehung von Einzelsprachen aus einigen wenigen Protosprachen sowie eine Klassifikation von Sprachfamilien und deren Verzweigung in Untergruppen erstellt worden (vgl. Jones 1786, Bopp 1816, Rask 1818, Grimm 1819-1834, Schleicher 1853).

Im wissenschaftshistorischen Teil des Projektes „Evolution und Klassifikation in Biologie, Linguistik und Wissenschaftsgeschichte“ wurde die disziplinübergreifende Vernetzung zwischen Natur- und Geisteswissen (Biologie, Medizin, Anthropologie, Ethnologie, Linguistik, Archäologie u.a.) nachgezeichnet, welche überhaupt erst zur allgemeinen Verbreitung und Akzeptanz des Stammbaum-Modells für die Entwicklung natürlicher Spezies (Darwin 1859), des Menschen (vgl. Haeckel 1874), menschlicher Einzelpopulationen (vgl. Blumenbach 1775, Kant 1775, 1785), Sprachen (vgl. Gallet 1800, Schleicher 1853), Kulturen und Gesellschaften (vgl. Morgan 1877, Bastian 1860, Tylor 1871, Engels 1884, Marx 1867-94) führte. Die bereits im Aufkommen der neuzeitlichen Anthropologie (vgl. Hundt 1501, Cassmann 1594) angelegte Vernetzung zwischen Natur- und Geisteswissenschaften fand in der Anwendung des Evolutionsgedankens auf den Menschen ihre Fortsetzung, z.B. in der engen intellektuellen und persönlichen Beziehung des Biologen Haeckel mit den Linguisten Schleicher und Bleek in den 1860er Jahren in Jena. Sie setzt sich im 20. Jahrhundert fort in Ansätzen der Soziobiologie und Humangenetik (vgl. Cavalli-Sforza et al. 1988) und verdichtet sich besonders in der Idee der Ko-Evolution menschlicher Sprachen, Kulturen und „Rassen“ sowie in der regelmäßigen, wiederholten gegenseitigen Bezugnahme von hominider und humanider Anthropologie (vgl. Streck 2000).

Die Idee der auf den Menschen bezogenen Ko-Evolution

Die Idee der gemeinsamen, gleichgerichteten Evolution menschlicher Sprachen, Kulturen und „Rassen“ gründet in der romantischen Auffassung (vgl. Herder 1792, Fichte 1808) vom Volk als primordialer, feststehender Einheit mit gemeinsamer Abstammung, Sprache, Kultur, einheitliche Siedlungsgebiet und – möglichst – einheitlicher Religion. Diese Auffassung wurde durch die Gleichsetzung von Sprach- und Rassenzugehörigkeit (vgl. Schlegel 1808, Müller 1855, Le Bon 1894, Vacher Lapouge 1899) im 19. Jahrhundert weiter ausgeformt und zur Leitlinie kolonialistischer, rassistischer und nationalsozialistischer Politik im 19. und 20. Jahrhundert (vgl. Günther 1934). Nach ihrer Diskreditierung nach dem Zweiten Weltkrieg erfuhr die Idee der Ko-Evolution mit der Entwicklung der Molekulargenetik seit den 1980er Jahren eine Renaissance in Gestalt der New Synthesis zwischen Humangenetik, Linguistik (vor allem den Ansätzen der linguistischen *Macrophyla* und der *Long Range Comparison*, vgl. Greenberg 1987, Ruhlen 1987, 1994, Starostin 1984, 1989, 1991) und Archäologie (vgl. Renfrew 1987).

Das Netzwerk von hominider und humanider Anthropologie

Die hominide (biologische) Anthropologie und die kulturbezogene (humanide) Anthropologie mit ihren verschiedenen Spielarten der Völkerkunde, Ethnologie, Ethnographie und Sozialanthropologie entwickelten sich seit dem 18. Jahrhundert auseinander: einerseits mit der Etablierung der Naturgeschichte des Menschen (Buffon 1749-1788) und der Entwicklung der physischen Anthropologie zu einem Teil der Humanbiologie (vgl. Hoßfeld 2016, Schwidetzky 1992), andererseits mit der Entwicklung der Ethnologie im 19. Jahrhundert (Bastian 1860, Boas 1886, 1888, 1896, Frazer 1890, Tylor 1871). Dessen ungeachtet blieben die wissenschaftlichen Querverbindungen zwischen den beiden Zweigen der Anthropologie weiter erhalten bzw. wurden immer wieder aufs Neue etabliert: Sei es 1869 durch die Gründung der Berliner Gesellschaft für Ethnologie, Archäologie und Urgeschichte durch den Arzt Rudolf Virchow (1821-1902) sowie die Völkerkundler Adolf Bastian (1826-1905) und Robert Hartmann (1832–1893), den seit Beginn des 20. Jahrhunderts vertretenen *Four Field Approach* der US-amerikanischen *Anthropology*, der physische Anthropologie, Kulturanthropologie, Linguistik und Archäologie zu einer Integrationswissenschaft zusammenfasste. Die intellektuellen, räumlichen, zeitlichen und persönlichen Querverbindungen zwischen den Schlüsselpersonen wurden im Projekt einer eingehenden Untersuchung unterzogen.

Netzwerke als Alternativen zum Stammbaum-Modell

Die Attraktivität des Stammbaum-Modells und seine Verbreitung in Verbindung mit der Darwin'schen Evolutionstheorie ließen alternative bzw. komplementäre Vorstellungen zum Entwicklungsgedanken in der Biologie wie in der Linguistik in den Hintergrund treten.

In der Biologie sind diese Alternativen als Theorie der Endosymbiose (Schimper 1883, Mereschkowsky 1905) seit dem späten 19. Jahrhundert präsent, in Gestalt der Theorie des horizontalen Gentransfers bei Prokaryoten (Sagan 1967, Margulis 1970) seit Mitte des 20. Jahrhunderts. In der Linguistik wurden bereits seit dem 18. Jahrhundert alternative Methoden zur Sprachklassifikation mit der Sprach- und Arealtypologie entwickelt (Schlegel 1808, Wilhelm von Humboldt 1820, 1830, 1836). In der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert stellten Linguisten das Theorem des Sprachbundes als Alternative zur Sprachfamilie auf (Trubetzkoy 1928).

Auch innerhalb der historisch-vergleichenden Sprachwissenschaft regte sich Kritik an der Vorstellung einer rein vertikalen, genetischen Verwandtschaft zwischen Sprachen, vorgebracht mit der Wellentheorie von Schmidt (1872) oder der Annahme eines „Sprachen-Netzes“ von Bonfante (1931). Innerhalb des Projektes wurde sowohl diesen Netzwerkansätzen innerhalb der Biologie und Linguistik als auch den Netzwerken der Wissenschaftler selbst nachgespürt, die an der Entwicklung des Evolutions- und des Netzwerksgedankens beteiligten.

Publikationen

- 2016 Lateral and vertical transfer in biology, linguistics and anthropology: An account of widely neglected ideas in the formation of evolutionary theory. In: *Evolutionary Biology* 43, S. 474–480. DOI 10.1007/s11692-015-9330-y.
- 2016 (mit Matthis Krischel): Development and degeneration: classification and evolution of human populations and languages in the history of anthropology. In: Larissa Mendoza Straffon (Hg.): *Cultural phylogenetics. Concepts and applications in archaeology*. Dordrecht, Berlin, Heidelberg, S. 19-41.
- 2014 (mit Matthis Krischel): Netzwerke statt Stammbäume? - Lateraler Transfer in Evolutionstheorien von Sprachen, Arten und Kultur. In: *Deutsche Gesellschaft für Geschichte und Theorie der Biologie (Hg.): Ordnung – Organisation – Organismus. Beiträge zur 20. Jahrestagung der DGGTB. Reihe Verhandlungen zur Geschichte und Theorie der Biologie, Bd. 18*. Berlin, S. 1–14.
- 2013 (mit Heiner Fangerau, Matthis Krischel): The “global phylogeny” and its historical legacy – a critical review of a unified theory of human biological and linguistic coevolution. In: *Medicine Studies* 4, S. 15–27. DOI 10.1007/s12376_013_0081-8.

- 2013 Mapping human biological and linguistic diversity - a bridge between sciences and humanities. In: Heiner Fangerau, Hans Geisler, Thorsten Halling, William F. Martin (Hg.): Classification and evolution in biology, linguistics and the history of science. Concepts – methods – visualization. Stuttgart, S. 97–108.
- 2012 Screening indigenous peoples' genes - the end of racism or postmodern bioimperialism? In: Sandrine Berthier, Susanna Tolazzi, Sheila Whittick (Hg.): Biomapping or biocolonizing? Indigenous identities and scientific research in the 21st century. Amsterdam, New York, S. 117–136.
- 2011 (mit Heiner Fangerau, Matthis Krischel): Netzwerke statt Stammbäume in der Wissenschaft? Die Entwicklung der evolutionären Theorie als wechselseitiger Transfer zwischen Geistes- und Naturwissenschaften. In: Matthis Krischel, Hans-Klaus Keul (Hg.), Deszendenztheorie und Darwinismus in den Wissenschaften vom Menschen. Stuttgart, S. 107–121.
- 1994 Das "Human Genome Diversity Project" - Rassismus im neuen Gewand oder erkenntnistheoretische Grundlagenforschung zum Wohle der Menschheit? In: INFO –Magazin 1, S. 16–21.

Zitierte Literatur

- Bastian, Adolf: Der Mensch in der Geschichte. 3 Bd. Leipzig 1860.
- Blumenbach, Johann Friedrich: De generis humani varietate nativa liber. Göttingen 1775.
- Boas, Franz: Race, Language, and Culture. Chicago 1940.
- Boas, Franz: Kultur und Rasse. 2. Aufl. Berlin 1922.
- Bonfante, Giuliano: I dialetti indoeuropei. In: Annali del r. istituto orientale di Napoli 4 (1931), S. 69-185.
- Bopp, Franz: Über das Conjugationssystem der Sanskritsprache in Vergleichung mit jenem der griechischen, lateinischen, persischen und germanischen Sprache. Frankfurt a. M. 1816.
- Buffon, Georges-Louis Leclerc: Histoire naturelle générale et particulière. 36 Bd. Paris 1749–1788.
- Cassmann, Otto: Psychologia anthropologica, sive animae humanae doctrina. Hanau 1594.
- Cavalli-Sforza, Luigi Luca, Alberto Piazza, Paolo Menozzi, Joanna Mountain: Reconstruction of human evolution: Bringing together genetic, archaeological, and linguistic data. In: Proceedings of the national academy of sciences, USA 85 (1988), S. 6002–6006.
- Cuvier, Georges: Leçons d'anatomie comparée. 5 Bd. Paris 1798–1805.

- Darwin, Charles: *On the Origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life*. London 1859.
- Darwin, Charles: *The descent of man, and selection in relation to sex*. London 1871.
- Engels, Friedrich: *Der Ursprung der Familie, des Privateigentums und des Staats*. Im Anschluss an Lewis H. Morgan's Forschungen. Hottingen 1884.
- Fichte, Johann Gottlieb: *Reden an die deutsche Nation*. Berlin 1808.
- Frazer, James George: *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion*. London 1890.
- Gallet, Félix: *Arbre généalogique des langues mortes et vivantes, dressé d'après les principes de l'auteur du monde primitif sur la génération des langues*. Ca. 1800. In: Sylvain Auroux, Ernst Frideryk Konrad Koerner, Hans-Josef Niederehe (Hg.): *History of the language sciences – Geschichte der Sprachwissenschaften – Histoire des sciences de langage*. Berlin, New York 2000.
- Greenberg, Joseph H.: *Indo-European and its Closest Relatives: The Eurasiatic Language Family*. 2 Bd. Palo Alto 2000–2002.
- Greenberg, Joseph H.: *Language in the Americas*. Palo Alto 1987.
- Grimm, Jacob: *Deutsche Grammatik*. 4 Bd. Göttingen 1819–1834.
- Günther, Hans F. K.: *Die nordische Rasse bei den Indogermanen Asiens*. München 1934.
- Haeckel, Ernst: *Anthropogenie oder Entwicklungsgeschichte des Menschen. Gemeinverständliche wissenschaftliche Vorträge über die Grundzüge der menschlichen Keimes- und Stammes-Geschichte*. Leipzig 1874.
- Herder, Johann-Georg: *Abhandlung über den Ursprung der Sprache*. Berlin 1792.
- Hoßfeld, Uwe: *Geschichte der biologischen Anthropologie in Deutschland. Von den Anfängen bis in die Nachkriegszeit*. Stuttgart 2016.
- Humboldt, Wilhelm von: *Über das vergleichende Sprachstudium in Beziehung auf die verschiedenen Epochen der Sprachentwicklung*. In: *Abhandlungen der Königlichen Akademie der Wissenschaften zu Berlin aus den Jahren 1820–1821*. Berlin 1822, S. 239–260.
- Humboldt, Wilhelm von: *Über die Verschiedenheit des menschlichen Sprachbaus und ihren Einfluss auf die geistige Entwicklung des Menschengeschlechts*. Berlin 1836.
- Hundt, Markus: *Antropologium de hominis dignitate, natura et proprietatibus, de elementis, partibus et membris humani corpori*. Leipzig 1501.
- Jones, William: *The Third Anniversary Discourse, on the Hindus, delivered by the President, February 2, 1786*. In: *Asiatick Researches 1 (1786)*, S. 415-431.
- Kant, Immanuel: *Bestimmung des Begriffs der Menschenrasse*. Berlin 1785.

- Kant, Immanuel: Von den verschiedenen Rassen der Menschen. Berlin 1795.
- Lamarck, Jean-Baptiste: Philosophie zoologique, ou exposition des considérations relatives à l'histoire naturelle des animaux. Paris 1809.
- Le Bon, Gustave: Lois psychologiques de l'évolution des peuples. Paris 1894.
- Leibniz, Gottfried Wilhelm (Hg.): Collectanea etymologica. Hannover 1717.
- Linné, Carl von: Systemae Naturae. Leiden 1735.
- Margulis, Lynn: Origin of Eukaryotic Cells. New Haven 1970.
- Marx, Karl, Friedrich Engels (Hg.): Das Kapital. 1. Band. Buch I: Der Produktionsprozess des Kapitals, 2. Band. Buch II: Der Circulationsprozess des Kapitals, 3. Band, 1. Teil. Buch III: Der Gesamtprozess der kapitalistischen Produktion. 3. Band, 2. Teil. Buch III: Der Gesamtprozess der kapitalistischen Produktion. 1867-1894.
- Mereschkowsky, Constantin: Über Natur und Ursprung der Chromatophoren im Pflanzenreiche. In: Biologisches Centralblatt 25 (1905), S. 38–604.
- Morgan, Lewis Henry: Ancient society, or: researches in the lines of human progress from savagery through barbarism to civilization. London 1877.
- Mühlmann, Erich: Rassen- und Völkerkunde: Lebensprobleme der Rassen, Gesellschaften und Völker. Braunschweig 1936.
- Müller, Friedrich Max: Languages of the seat of war in the East, with a survey of the three families of language, Semitic, Arian, and Turanian. London 1855.
- Rask, Rasmus Christian: Undersøgelse om det gamle nordiske eller islandske sprogs oprindelse. Kopenhagen 1818.
- Renfrew, Colin: Archaeology and language: The puzzle of Indo-European origins. Cambridge 1987.
- Ruhlen, Merritt: A guide to the world's languages. London, Melbourne, Auckland 1987.
- Ruhlen, Merritt: On the origin of languages: Studies in linguistic taxonomy. Stanford 1994.
- Sagan, Lynn. On the origin of mitosing cells. In: Journal of theoretical biology 14 (1967), S. 255–274.
- Schimper, Andreas Franz Wilhem: Über die Entwicklung der Chlorophyllkörner und Farbkörper. In: Botanische Zeitung 41 (1883), S. 105–120, 126–131, 137–160.
- Schlegel, Friedrich: Über die Sprache und Weisheit der Indier. Köln 1808.
- Schleicher, August: Die ersten Spaltungen des indogermanischen Urvolkes. In: Allgemeine Monatsschrift für Wissenschaft und Literatur (1853), S. 786–787.

- Schmidt, Johannes: Die Verwandtschaftsverhältnisse der indogermanischen Sprachen. Weimar 1872.
- Schwidetzky, Ilse. History of biological anthropology in Germany. Occasional Papers – International Association of Human Biologists. Newcastle upon Tyne 1992.
- Starostin, Sergej A.: Altajskaja problema i proischozdenije japonskogo jazyka. Moskau 1991.
- Starostin, Sergej A.: Gipoteza o genetičeskich svjazjach sino-tibetskich jazykov s enisejskimi i severnokavkazskimi jazykami. Lingvističeskaja rekonstrukcija i drevnenejšaja istorija vostoka. Bd. 4. Moskau 1984.
- Shevoroshkin, Vitaliy (Hg.): Explorations in Language Macrofamilies. Bochum 1989.
- Streck, Bernard: Kulturanthropologie. In: Ders. (Hg.): Wörterbuch der Völkerkunde. Wuppertal 2000, S. 141–144.
- Trubetzkoy, Nikolaj S.: Proposition 16. Über den Sprachbund. In: Actes du premier congrès international de linguistes à la Hague du 10.-15. 1928. Leiden 1930, S. 17–18.
- Tylor, Edward B.: Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art, and Custom. London 1871.
- Vacher Lapouge, George: L'aryan: son role social. Paris 1899.

8. Medizinhistorie und lokale Kulturgeschichte

Die im 9. Jahrhundert (854) erstmals urkundlich erwähnte, ehemalige reichsunmittelbare Stadt Ulm (bis 1802) stellte bis zum 16. Jahrhundert eine Wirtschafts- und Handelsmetropole überregionaler Bedeutung dar und weist eine besonders gut durch Archivmaterialien dokumentierte Medizingeschichte auf. Ziel des Projektes war es, diesen Fundus an medizinhistorischem Wissen mit Erfahrungen themenzentrierter Gästeführungen als Form der Jugend- und Erwachsenenbildung zu verknüpfen. Mitarbeiter in diesem Projekt waren Prof. Dr. Dr. Hans-Joachim Winkelmann (Medizinhistoriker und Emeritus des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm), Frau Kathrin Schulthess M.A. (städtische Gästeführerin), Frau Dr. Gudrun Litz (wissenschaftliche Mitarbeiterin im Haus der Geschichte/ Stadtarchiv Ulm) und Dr. Frank Kressing (Mitarbeiter am GTE-Institut und Gästeführer). Zusammen publizierten sie 2011 einen „medizinhistorischen Stadtführer“ für Ulm, der entscheidende medizingeschichtliche Entwicklungen mit markanten Orten des mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Stadtbildes verbindet. Der in der Publikation berücksichtigte Zeitrahmen reicht bis hin zum Bau der Baufestung um Ulm und Neu-Ulm (1843–1859).

Im Laufe ihrer unterschiedlichen Tätigkeiten in der medizin- und stadtgeschichtlichen Forschung wie auch als städtische Gästeführer wurde den Autorinnen und Autoren bewusst, dass die Orte früheren medizinischen Wirkens in der ehemals sehr bedeutenden Reichstadt Ulm mit ihrer reichhaltigen mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Geschichte bislang nur sehr unvollständig aufgearbeitet worden sind. Deshalb gibt der „Medizinhistorische Streifzug“ unter anderem Antworten auf Fragen wie zum Beispiel: Wo genau wirkten in früheren Zeiten Ärzte und Ärztinnen wie Heinrich Steinhövel, Agathe Streicher, Johannes Scultetus und Johannes Palm, nach denen heute Straßen, Straßenbahnen und medizinische Fachgesellschaften benannt sind?

Die Autoren und Autorinnen wollten mit diesem medizingeschichtlichen Stadtführer vor Augen führen, wo und in welcher Gestalt sich Repräsentationen von Medizin in der Stadt Ulm erhalten haben. Deshalb ist das Buch bewusst in Form eines medizingeschichtlichen Rundgangs konzipiert, der sich keinesfalls nur an Fachleute aus der Medizin und Historie, sondern gerade auch an Reisende und Ulmer Bürger, die durch die Stadt schlendern und sich für Fragen des Gesundheitswesens in Geschichte und Gegenwart interessieren.

Der Rundgang beginnt auf dem ehemaligen Pfalzbezirk, am „Weinhof“. Dort schworen im Steuerhaus die Mitglieder des *Collegium Medicum* ihren Amtseid. Der Stadtphysikus Eberhard Gockel nahm im 17. Jahrhundert die Praktiken des Weinhandels genauer unter die Lupe: er beschäftigte sich mit der *Colica pictonum*, der Weinkrankheit, und schrieb ein Traktat *Über das Süßen von saurem [Ulmer] Wein mit Bleiweiß und dem großen Schaden für die, die ihn trinken*.

Münster und Münsterplatz

Zeugnisse medizinischen Wirkens im Ulmer Münster finden sich in Gestalt einer Altarstiftung durch den ersten urkundlich erwähnten Physikus der Stadt, Johann Rayser, in Gestalt des Heiligen Antonius, der als einer der Schutzpatrone des Münsters auch für Mutterkornvergiftungen zuständig war, in Gestalt des heiligen Sebastian am Sakramentshaus und in der Neidhartkapelle, der gegen die Pest angerufen wurde, und in Gestalt der Arzt- und Apothekenpatrone Kosmas und Damian im Chorgestühl. – Der Rundgang führt weiter über den Münsterplatz, beschäftigt sich mit den Bestattungen auf dem Friedhof des Barfüßerklosters als Zeugnis des Gesundheitszustandes der Bevölkerung des 13. bis 16. Jahrhunderts, dem frühen Apothekenwesen in Ulm, Kräuterbüchern und Herbarien sowie dem Kuriosum des „fliegenden Steinschneiders“ Charles Bernoin. Ausführlich werden berühmte Ärztepersönlichkeiten der Stadt wie Heinrich Steinhövel, Johannes Münsinger – der Leibarzt des Württemberger Herzogs Eberhard „im Barte“ – Agathe Streicher, Johannes Stocker und die Ärztefamilie Palm behandelt, deren Häuser sich zwischen Marktplatz, Münsterplatz und Donaustraße befanden. Von Johannes Stocker stammt übrigens eines der ersten überlieferten Rezepte für Amalgam-Füllungen.

Donau-Ufer, Heilig-Geist-Spital und „Auf dem Kreuz“

Über die Dreifaltigkeitskirche – ehemaliges Dominikanerkloster und heute „Haus der Begegnung“ - führt der Rundgang an der Donau entlang zur Adler-Bastei, Ort des vor genau zweihundert Jahren gescheiterten Flugversuchs des „Schneiders von Ulm“ (Albrecht Ludwig Berblinger). Weniger bekannt als Berblingers Flugapparat sind die durchaus funktionstüchtigen Beinprothesen, die er für die Kriegsversehrten der Napoleonischen Feldzüge entwickelte. In unmittelbarer Nähe der Adler-Bastei befand sich das Heilig-Geist-Spital. Dies war vom 13. bis zum 19. Jahrhundert die zentrale medizinische Versorgungseinrichtung der Stadt.

Weitere Institutionen der Gesundheitsfürsorge befanden sich im Osten des mittelalterlichen Stadtkerns, im Stadtviertel „Auf dem Kreuz“: so etwa das Blatternhaus im Seelgraben, in dem die berühmte Schmier- und Holzkur gegen die Franzosenkrankheit – die höchstwahrscheinlich aus der Neuen Welt eingeschleppte Syphilis – verabreicht wurde. „Auf dem Kreuz“ befanden sich jedoch auch städtische Bäder wie das Griesbad, das „Lusthaus“ des Mohren-Apothekers und nicht zuletzt das Funden- und Waisenhaus,⁹ dessen Ärzte ein festgelegtes Gelöbnis ablegen mussten, „des Sehls Doctots Pact.“ Diese ethische Selbstverpflichtung der Seelhausärzte wird im Medizinhistorischen Streifzug erstmals dokumentiert. Nicht zuletzt war „das Kreuz“ im 17. Jahrhundert auch Wohnort des Dr. Scultetus, des ersten promovierten Chirurgen der Stadt, der seine Ausbildung in Wien und Padua genossen hatte.

Pesthäuser, Bäderwesen und Bundesfestung

Leprastationen sowie Siechen- und Brechenhäuser für die Pest-Epidemien befanden sich außerhalb der Stadtmauern – so etwa das im 17. Jahrhundert errichtete *Kleine Lazaretto* des Stadtbaumeisters Joseph Furttenbach auf der Gänstorwiese. Im Gebäude des ehemaligen Armen-Leprosiums Sankt Leonhard in der Friedensstraße finden wir heute den Kindergarten der katholischen Sankt-Georgs-Gemeinde im Anne-Frank-Heim. In einem historischen Rückblick widmet sich der „Streifzug“ ausführlich den Pestepidemien, dem Heilbäderwesen in Ulm und Umgebung sowie der Medizin im 18. Jahrhundert und schließt mit einem Kapitel über die Bundesfestung ab. Dieses ist den die medizinischen und sanitären Verhältnisse zu Zeiten ihrer militärischen Nutzung, der Umwandlung in ein Konzentrationslager und letztlich ihrer Nutzung als Flüchtlingslager nach dem Zweiten Weltkrieg gewidmet.

⁹ Maria Griemert: Comedien, Curen, Correctionen. Ulms Fundenkinder in der Frühen Neuzeit (Kulturanamnesen 14). Stuttgart 2022.

Publikationen, Manuskripte, Radio-Beiträge

2023 Frank Kressing: Rezension zu Maria Griemert: Comedien, Curen, Correctionen. Ulms Fundenkinder in der Frühen Neuzeit (Kulturanamnesen 14). Stuttgart 2022. In: Gesellschaft für Geschichte und Kultur Oberschwaben (Hg.): Ulm und Oberschwaben 63 (2023), S. 465–467.

2011 Hans-Joachim Winckelmann, Kathrin Schulthess, Frank Kressing, Gudrun Litz: Medizinhistorischer Streifzug durch Ulm. Eggingen [3. Aufl. Ulm 2016].

Der „Medizinhistorische Streifzug“ im Schwabenradio – Mitschnitt im Studio Ulm des Südwestfunks. https://www.uni-ulm.de/fileadmin/website_uni_ulm/med.inst.085/Medizinischer_Streifzug_durch_Ulm.MP3 (abgerufen am 9.3. 2020).

2005 Frank Kressing: Die Reformation in Ulm und ihre Auswirkungen auf das Ulmer Münster. http://www.philhist.uni-augsburg.de/de/lehrstuehle/volkskunde/oldleh-re_verknuepfung_mit_digicampus/ws_0607/Reichsstaedte/Unterlagen_zum_Seminar/Referat_Reformation_pdf (abgerufen am 23.4. 2018).