

"Eine Ästhetik für das Miteinanderleben": Elisabeth Hsu über Chinesische Medizin, akademische Lernkulturen und die Rolle der (Medizin-)Ethnologie im Kontext gesellschaftlicher Transformationen

Datum : 2. August 2016

Frau Prof. Dr. Elisabeth Hsu ist Professorin am Institute of Social and Cultural Anthropology an der University of Oxford. Im Sommersemester 2016 bereicherte sie als Gastprofessorin die werdenden MedizinethnologInnen an der Freien Universität Berlin. Für den Blog „[Medizinethnologie.net](http://www.medizinethnologie.net)“ sprach sie mit zwei StudentInnen (Jonas Hartmann, Christina Stark) über ihr Forschungsgebiet und ihren Werdegang und teilte mit ihnen interessante Gedanken bezüglich der Disziplin.

Dieses Sommersemester 2016 haben Sie am Institut für Sozial- und Kulturanthropologie der FU Berlin im Rahmen des Moduls „Medizinethnologie“ das Seminar „Techniques of Transformation – Medical Effectiveness in the Light of Sensorial Experiences in Therapeutics“ angeboten. Sie sind jedoch Professorin an der University of Oxford. Sind Ihnen bisher signifikante Unterschiede bezüglich der Lehrmethoden und der Studierenden aufgefallen?

Nein, keine signifikanten Unterschiede. Prinzipiell sind die Studierenden hier (in Berlin) im Master's Course sehr international und haben verschiedenste akademische Hintergründe. Die Lehrmethoden sind sehr ähnlich – auch bei uns (in Oxford) gibt es Vorlesungen, Studierende halten Vorträge und verfassen Essays. Für diesen Kurs habe ich dieses Mal eine andere Lehrmethode angewandt als sonst, was sehr interessant war, wenigstens für mich. Ich habe thematisch „Techniken“ von Ritualen und medizinischen Behandlungen, welche in Personen spezifische Wahrnehmungen hervorrufen, in den Vordergrund gestellt und versucht, diese anhand ethnographischer Beispiele aus den Sitzungslektüren plastischer werden zu lassen. Es ging also darum, „alte“ Ethnographien aus einem neuen Blickwinkel zu lesen. Dies sollte die Leute dazu anregen, Ethnographien nicht nur mit Blick auf die Theorie zu evaluieren, sondern vor allem auch ein Feingefühl zu entwickeln für die Dichte des Ethnographischen selbst.

Ihre Ethnographie „The Transmission of Chinese Medicine“ haben Sie über traditionelle chinesische Medizin geschrieben. Sie selbst haben als Studentin in China die Methode der „*participant experience*“ ausgeführt, mit welcher Sie auch innerhalb der Disziplin häufig zitiert werden. Können Sie uns diese etwas näher erklären?

Im Grunde genommen denke ich, dass „*participant observation*“ und „*participant experience*“ nicht fundamental verschieden voneinander sind. Ich war 1988-89 für achtzehn Monate im Feld, hatte zuvor Chinesisch gelernt (in Beijing, 1978-79) und auch gelehrt (privat, zwischen 1980-85). Bis dato war in akademischen Arbeiten zur chinesischen Medizin eher historisches Wissen generiert worden, kaum jemand hatte eine Methode entwickelt, auf eine akademisch

akzeptable Art auf unmittelbare, praktische Erfahrungen einzugehen; Judith Farquhar's *Knowing practice* (1994) wurde publiziert, nachdem ich mein Doktorat anno 1992 beendet hatte. Ich meinte damals, dass, um die Symbolik und die sogenannten „abstrakten Konzepte“ der Chinesischen Medizin zu verstehen, man verstehen muss, *wie* diese Konzepte linguistisch-*pragmatisch gebraucht* werden oder was diese Konzepte „tun“ (diese letztere Formulierung wählte ich allerdings damals nicht). Deshalb war es für mich sehr wichtig, selbst eine gewisse „*mastery*“, also gewisse Fertigkeiten und Handwerklichkeiten zu erlangen, um die Effekte meines Wissens auch selbst erleben zu können und auf diese unmittelbare Art in Erfahrung zu bringen. Ich habe damals, Anfang der neunziger Jahre, nie über [Embodiment](#) geschrieben, den Terminus kannte ich überhaupt nicht. Ich kam aber aus der Biologie (Studium 1979-85) und wusste, dass das Handwerkliche und die Technologie Teile des Wissens sind: „*participant experience*“ bedeutete für mich, dass wenn man sich mit einem speziellen Wissensgebiet auseinandersetzt, man sich dort auch gewisse praktische Fertigkeiten aneignen sollte. Zitiert werde ich oft, weil WissenschaftlerInnen demgegenüber kritisch sind! Denn wenn man eine spezielle Technik erlernt und damit Effekte erzielt, beginnt man daran zu glauben (siehe Claude Levi-Strauss über Queslid) – und diesen gesamten Wissenskomplex sollte eine Sozialwissenschaftlerin natürlich kritisch – und aus der Distanz, „*detached*“, wie ich einmal sagte – betrachten.

Ihre Dissertation haben sie im Rahmen der *Social Anthropology* mit einem medizin-anthropologischen Schwerpunkt geschrieben. Können Sie uns ihre Gedanken zu „*different styles of knowing*“ und „*non-verbal practice*“ anhand des von Ihnen Erlernten und Erlebten etwas weiter ausführen?

Damals sprachen die Leute über die chinesische Medizin wie ein monolithisches System. Und mir ging es um das, worum es auch Annemarie Mol (*The body multiple*, 2002) fünfzehn Jahre später ging, nämlich zu zeigen: Wir haben *ein* Medizinsystem, aber wir haben *viele* verschiedene Stile, in welchen dieselben Konzepte gebraucht, gelehrt und weitergegeben werden. Mein ursprünglicher Plan war, über die Verwestlichung der chinesischen Medizin zu schreiben, über den Wissenstransfer von West nach Ost. Was dann aber geschah war, dass ich diesen Wissenstransfer einpackte in verschiedene Wissenstraditionen, die es in China bereits gab! Eigentlich war das eine verdeckte Kritik an der weit verbreiteten Auffassung, dass, wenn man diese Konzepte im Seminarraum lernt, man sie auch begreifen kann. Ich habe das so direkt nie geschrieben, aber es steht zwischen den Zeilen meiner Dissertation. Es geht nicht nur um den Kontext, sondern viel mehr um die Konfiguration, in welcher man ein Symbol, einen Begriff, eine Technik erlernt - was sind die Effekte, was sind die Gefahren des Wissens? Das mündet direkt in das soziale Umfeld der Praxis und der Sprache. Und das wollte ich unterstreichen. Im Seminarraum spielt der/die PatientIn keine große Rolle mehr – da geht es um Details zwischen ExpertenInnen. Meine Kritik bezog sich somit auch implizit auf die Modernisierung und Standardisierung des Wissens und stellt die Frage: Was ist verloren gegangen? Bei einem *Qigong*-Heiler zum Beispiel birgt Wissen eine Gefahr. Techniken müssen nicht nur gelernt, sondern *richtig* gelernt werden, sonst nehmen Heiler und Patient großen Schaden. In den Räumlichkeiten der Universität hingegen ist nichts gefährlich. Dieser direkte, erfahrene Zusammenhang von Wissen und Macht wird innerhalb der verschiedenen Konfigurationen der verschiedenen Stile generiert und reflektiert.

Sie waren in China Studentin der Chinesischen Medizin. Ihre Sichtweise auf die Medizinethnologie ist daher eine sehr spezifische. Wie würden Sie Ihre Beziehung zur Disziplin beschreiben?

Ich denke nicht, dass meine Sichtweise auf die Medizinethnologie eine sehr spezifische ist. Ich habe meine ersten Lektionen der Medizinethnologie im Jahre 1980 an der Universität Zürich besucht, mit um die hundert anderen StudentInnen. Es war ein wirkliches In-Fach, völlig überfüllt! Mein Entschluss, eine Medizinethnologin zu werden kam später, nach meiner Enttäuschung über die Entwicklungszusammenarbeit. Bevor ich anfing, die chinesische Medizin zu studieren, hatte ich bereits über sechs bis acht Jahre verschiedene Medizinethnologie-Seminare, vor allem als Hörerin, besucht. [Traditionelle Medizinformen wie z.B. die tibetische Medizin](#), oder auch *Schamanismus* erforschen zu wollen war zu dieser Zeit ganz normal, überhaupt nichts Besonderes! Spezifisch war bei mir nur der Fokus auf die Techniken und das Handwerkliche und dass ich im Feld systematisch versuchte, meine Sprachkenntnisse mit technischen Termini zu verfeinern und Texte zu lesen, beziehungsweise eine Synthese aus Praxis und sprachlicher Theorie anzustreben.

Später, anno 2001, wurde ich allerdings an der Universität Oxford angestellt, weil ich ein abgeschlossenes Biologie-Studium hatte. Die Vision des damaligen Professors war es, einen biokulturellen Medizinethnologie-„*masters course*“ zu etablieren. Und diese Vision setzten ein Kollege und ich in den folgenden zehn Jahren gemeinsam um: allerdings, statt eine Hybridisierung anzustreben, lehrten wir die StudentInnen „*polyglott*“ zu werden, und eine intellektuelle Toleranz für beides, die sozial-anthropologischen und die biologisch-anthropologischen Perspektiven zu entwickeln. Es ist wichtig, seinen eigenen authentischen Stil zu haben, aber auch sich ein Verständnis anzueignen, um den anderen in seiner ihm eigenen Sprache zu verstehen. So etwas auf akademischer Ebene umzusetzen bedingt auch ein bestimmtes Menschenbild: Zusammenarbeit ohne Unterordnung sollte z.B. auch in der Interdisziplinarität gegeben sein. In England ist das akademische System weniger hierarchisch als in Deutschland. In Oxford nennen sich StudentInnen und ProfessorInnen beim Vornamen und das „*tutorial system*“ ist so eingerichtet, dass Studierende von den Lehrenden und Lehrende von Studierenden lernen sollten. Das ist etwas Wunderbares.

In Ihren Arbeiten problematisieren Sie die Standardisierung von Wissen. Was genau sehen Sie, beispielsweise im Bezug auf die Chinesische Medizin, kritisch daran?

Am Anfang dieser Problematisierung steht die Kritik an der weit verbreiteten Dichotomie „*Tradition versus Moderne*“ und dem daraus resultierenden gängigen Vorurteil der „*Verwestlichung*“ von indigenem Wissen. Eine Kritik dieser Haltung wird heute im Rahmen der „*alternative modernities*“ und der „*entangled histories*“ verfolgt. Den Terminus „*Standardisierung*“ wählte ich, weil „*Verwestlichung*“ viel zu ethnozentristisch ist, und weil AnhängerInnen der traditionellen chinesischen Medizin den Begriff „*Standardisierung*“ (*guifanhua*) selbst verwendeten; es ist ein Begriff, der – wie ich später erst merkte – in der *History of Science* problematisiert wird. Dieser Prozess ist komplex und schwierig zu benennen: man sprach damals in der Medizinethnologie von der Modernisierung, Institutionalisierung, Professionalisierung der Medizin. Letzteres würde beispielsweise implizieren, dass es in der sehr langen Geschichte der Medizin in China zuvor nie medizinische Professionen gegeben

hätte! Solchen Fehlannahmen wollte ich gegensteuern. Zehn Jahre später verwendete ich zusätzlich den Terminus „*invented tradition*“ für die standardisierten Wissensinhalte, welche in den TCM (*Traditional Chinese Medicine*) -Instituten in den 1950er Jahren erfunden und gelehrt wurden, basierend auf einer stark politisierten, nationalistischen Bewegung im kommunistischen China. Ich wollte aufzeigen, dass die offizielle Umbenennung der *zhongyi* (TCM) zu *zhongyiyao* (wörtlich: Chinese medicine and pharmacotherapy, CMP) im 21. Jahrhundert sich an Legitimationen für das Wissen orientiert, die vermehrt aus einer *Global Science* kommen, welche auf dem Materialismus der Schulmedizin basiert.

Im Zuge der Globalisierung beeinflussen und vermischen sich verschiedenste „Wissenstraditionen“. Welche Möglichkeiten und Risiken sprechen Sie Phänomenen wie Medizinischem Pluralismus und Medizintourismus zu?

Ich habe einen Artikel über medizinischen Pluralismus geschrieben und finde dieses Konzept sehr problematisch. Meine Studien über den Wissenstransfer innerhalb verschiedener Ströme der chinesischen Medizin wurde auch oft als Beitrag zum medizinischen Pluralismus verstanden, darum ging es mir aber nie. Der Begriff „medizinischer Pluralismus“ impliziert eine Art Wettstreit um Wissenschaftlichkeit und Anerkennung, und ist nicht primär daran interessiert, wie das Sprachliche mit dem Praktischen verquickt ist. Der Medizintourismus ist ein Thema, welches derzeit meiner Meinung nach sehr gut von [MigrationsethnologInnen](#) gehandhabt wird. Sie beschäftigen sich mit Fragen der Ökonomie und der Politik und fokussieren sich oftmals nur auf die Schulmedizin.

Im Bezug auf wissenschaftliches Schreiben plädieren Sie für eine innovative Herangehensweise und weniger für eine Orientierung an den vorgefertigten Strukturen der Disziplin. Auch in Ihrem Seminar motivieren Sie Ihre StudentInnen dazu, eigene Gedanken zu formulieren und zu wagen, etwas Neues zu erschaffen.

Ja, aber es gibt keine Innovation ohne Geschichte. Ich denke, es geht in der Ethnologie auch darum, die „alten“ Begriffen nicht nur über Bord zu werfen, auch wenn man neue Begriffe formen muss. Das Innovative ist sehr wichtig: Seinen Stil zu finden, auch im Schreiben, seine eigene authentische Virtuosität zu entwickeln und ihr zu vertrauen. Aber man sollte auch bedenken: Als WissenschaftlerInnen arbeiten wir innerhalb von Wissensströmen, wir stehen auf den Schultern unserer VorgängerInnen. Deshalb müssen wir lesen, was Menschen der vorigen Generation geschrieben haben, um zu verstehen, wo unsere Interessen liegen. Ich denke, dafür hat man erst ein Verständnis, wenn man beginnt die Geschichte unseres Faches zu verstehen. Ohne das Wissen um die Geschichte unseres Faches können wir nicht verstehen, warum wir heute argumentieren, wie wir argumentieren oder heute forschen, was wir forschen.

Der Blog „[Medizinethnologie.net](#)“ wurde von der [Arbeitsgruppe Medical Anthropology](#) der DGV ins Leben gerufen, um einerseits interessierten StudentInnen eine In- und Output-Plattform zu bieten, aber auch, um der Öffentlichkeit einen Zugang zum Themenkomplex Medizinethnologie zu ermöglichen. Welche Verantwortung sehen Sie seitens der (Medizin)-EthnologInnen gegenüber der Gesellschaft?

Die kritische Medizinethnologie hat eine ganz besondere Möglichkeit, zum Wohl der

Gemeinschaft etwas Existenzielles beizutragen. Sie beschäftigt sich kritisch mit Themen wie „*well-being*“, mit „*Ganzheit*“ in all ihren Facetten und durchdringt die Begriffe Gesundheit, Krankheit und Heilung in vielschichtiger und auch Praxis-orientierter Weise. Wenn man die zahlreichen Transformationen unserer schnelllebigen Gesellschaft betrachtet, liegt nahe, dass diese Themen nach Diskussion verlangen, da steht die Medizinethnologie tatsächlich so etwas wie „in der Pflicht“. Diese „Pflicht“ betrifft eigentlich die gesamte Ethnologie. Die Ethnologie hat sehr viel Material aufgearbeitet, welches ihr eine Kompetenz verleiht, über wichtige Probleme der Gegenwart intelligent zu sprechen. Sie hätte die Möglichkeit, in der heutigen Gesellschaft eine große Rolle zu spielen, aber sie hat diese Rolle nicht. In der Öffentlichkeit liegen Debatten über Migration und Flüchtlingspolitik an der Tagesordnung, täglich wird der Begriff „Kultur“ in verschiedensten Zusammenhängen von verschiedensten Personen gebraucht. Wir EthnologInnen haben den Kulturbegriff „erfunden“, aber schweigen oder werden nicht gehört. Oder den Begriff „Integration“: Wer hinterfragt ihn? Es geht nicht immer um Integration, auch eine Traube ist ein Ganzes. Wie wäre es, wenn der Brexit nicht nur Gefühle gegenüber England als Spielverderber, sondern eine konstruktive Debatte initiieren könnte bezüglich der Europäischen Union, in Richtung eines gelockerten Verbundes, einer Europäischen Föderation? Wir EthnologInnen haben das Werkzeug, eine Ästhetik für das Miteinanderleben zu entwickeln, in welcher anerkannt wird, dass die Andersartigkeit des Gegenübers existentiell für unser Selbst ist.

Das Interview mit Prof. Hsu wurde von Christina Stark und Jonas Hartmann, zwei TeilnehmerInnen ihres Kurses, am 04. Juli 2016 im Garten des Instituts für Sozial- und Kulturanthropologie der Freien Universität Berlin durchgeführt. Beide haben sich persönlich für die Medizinethnologie als Schwerpunkt in ihrem Masterstudium entschieden. Trotz unterschiedlicher Interessenschwerpunkte und Forschungsvorhaben (Jonas: Untersuchung der Behandlungssituationen flüchtender Menschen in der Notaufnahme einer Klinik in Berlin / Christina: Fokus auf visuelle Anthropologie in medizinischen Bereichen) konnten beide verschiedenste bereichernde Erkenntnisse aus dem Kurs ziehen.

Weiterführende Literatur:

Farquhar, Judith. 1994. *Knowing practice: the clinical encounter of Chinese Medicine*. Oxford: Westview Press.

Lévi-Strauss, Claude. 1963. *The Sorcerer and his magic*. In: *Structural Anthropology*. New York: Basic Books, 167-185.

Merleau-Ponty, Maurice. [1945] 2003. *The phenomenology of perception*. London & New York: Routledge Classics.

Mol, Annemarie. 2002. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.

Literatur zu Werdegang und Lehre:

Hsu, Elisabeth & Caroline Potter. 2012. Medical Anthropology in Europe: Shaping the field. In: *Anthropology & Medicine* 19 (1), 1- 6.

Hsu, Elisabeth & S. Harris (Hg). 2010. *Plants, Health and Healing: on the Interface of Ethnobotany and Medical Anthropology*. Oxford: Berghahn Books.

Implizit erwähnte Literatur von Prof. Hsu:

Dilger, Hansjörg, Abdoulaye Kane & Stacey A. Langwick (Hg.). 2012. *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa: Transnational Health and Healing*. Bloomington: Indiana University Press.

Hsu, Elisabeth. 2008. Medical pluralism. In: Kris Heggenhougen & Stella Quah (Hg). *International Encyclopaedia of Public Health* (4), 316-321.

Hsu, Elisabeth. 2008. The history of Chinese medicine in the People's Republic of China and its Globalization. In: *East Asian Science, Technology and Society* 2 (4), 465-484.

Hsu, Elisabeth. 2006. Participant experience: Learning to be an acupuncturist, and not becoming one. In: Geert de Neve & Maya Unnithan-Kumar (Hg). *Critical journeys: The making of anthropologist*. Aldershot: Ashgate, 149-163.

Hsu, Elisabeth. 2000. Spirituality (*shen*), styles of knowing and types of authority in Chinese medicine. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 24 (2), 192-229.

Hsu, Elisabeth. [1992] 1999. *The transmission of Chinese medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.