

Volker Roelcke  
Vom Menschen in der Medizin

Sachbuch Psychosozial

Volker Roelcke

# **Vom Menschen in der Medizin**

**Für eine kulturwissenschaftlich  
kompetente Heilkunde**

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2017 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, 35390 Gießen

Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19

E-Mail: [info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)

[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form  
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung  
des Verlags reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,  
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Giovanni Battista Bracelli: Bild aus *Bizzarie di varie Figure*, 1624.

Courtesy National Gallery of Art, Washington

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen

von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-2690-3

# Inhalt

1.	<b>Einführung</b>	9
	Zur Bedeutung der Kulturwissenschaften für eine humane Medizin	
2.	<b>Schmerz</b>	21
	Naturwissenschaftliche Aporie und die Bedeutung von Erinnerung und Narration in der Medizin	
2.1	Das Referenzwerk von Zborowski	24
2.2	Kritik an Zborowskis Studie	25
2.3	Die 1980er und 1990er Jahre	27
2.4	Zwischenbilanz	30
2.5	Sinnstiftungen, Identitätsbildungen, Kontrollstrategien: Erinnerung als Schlüssel	31
3.	<b>Der »gute Tod«</b>	37
	Sterbeprozesse, Todesrituale und der Ertrag einer ethnologischen Perspektive	
3.1	Todesbescheinigungen und Rituale als entscheidende Zäsuren	39
3.2	Ohnmacht oder Tod?	40
3.3	Manipulationen des Todes	43
3.4	Todesvorstellungen als kulturelle Produkte – auch in der westlichen Medizin	45
3.5	Leben als limitiertes Gut	46
3.6	»Guter Tod« und »schlechter Tod«	49

<b>4.</b>	<b>Reduziertes Krankheitswissen</b>	55
	Das »Tiermodell« menschlicher Krankheit	
4.1	Die Idee vom Tiermodell: Historische Lokalisierung	57
4.2	Die Natur des Menschen und sein Verhältnis zum Tier	59
4.3	Das Experiment in der Krankheitslehre	66
4.4	Die experimentelle Herstellung menschlicher Krankheit im Tier: Julius Cohnheim	70
<b>5.</b>	<b>Medizinische Forschung am Menschen I</b>	79
	Kontextualisierende versus reduktionistische Formen der Forschungsethik	
5.1	Wie wird ein Problem definiert? Das Beispiel Demenzforschung	81
5.2	Bewertung und Rechtfertigung von Forschung: Der Risikobegriff	86
<b>6.</b>	<b>Medizinische Forschung am Menschen II</b>	95
	Reflexive Potenziale historischer Rekonstruktionen	
6.1	Die Kontextabhängigkeit von ethischen Begriffen und Problemdefinitionen	97
6.2	Historische Stationen der Forschung am Menschen im 20. Jahrhundert	101
6.3	Historische Kenntnisse in aktuellen Ethikdebatten: Systematische Überlegungen	113
<b>7.</b>	<b>Ärzeschaft und Professionalität</b>	117
	Fiktive Autonomie, »hippokratisches Ethos« und Bereitschaft zur Selbstreflexion	
7.1	Das historische Argument in der aktuellen Debatte	120
7.2	Sozialer Status der Ärzte und Professionalität: Historische Entwicklungen	121
7.3	Normative Implikationen	136

---

	Inhalt
<b>8. Medizin – eine (Kultur-)Wissenschaft?</b>	141
Wissenschaftsbegriffe, Handlungskontexte und Menschenbilder in der modernen Heilkunde	
8.1 Zur Geschichte der Medizin als (Natur-)Wissenschaft	145
8.2 Medizin in der Kultur der Gegenwart	159
8.3 Medizin – eine kulturell desinteressierte Kulturwissenschaft?	168
<b>Publikationsnachweise</b>	175
<b>Literatur</b>	177
<b>Personenregister</b>	197





# 1. Einführung

## Zur Bedeutung der Kulturwissenschaften für eine humane Medizin

Kultur wirkt.

In der Medizin ist diese Wirkung gleich in mehrfacher Hinsicht zu spüren: Schon das Alltagswissen über Phänomene wie Schamesröte, Lampenfieber oder Angstschweiß verweist auf das simple Faktum, dass viele »normale« somatische Zustände kaum ohne Berücksichtigung der psychischen und sozialen Situation des betroffenen Individuums verstanden werden können. Psychosoziale Faktoren sind zwar nicht identisch mit Kultur, ihre Wirkung ist aber ein wichtiger Indikator für deren Präsenz und Bedeutung auch in der körperlichen Verfassung von Menschen.

Psychosoziale Faktoren haben ebenfalls deutliche Auswirkungen auf die Entstehung, die Verarbeitung und den Verlauf von Krankheiten bis hin zu den Überlebenszeiten auch bei schweren körperlichen Erkrankungen: In methodisch aufwändigen Untersuchungen ist umfangreich dokumentiert, dass selbst bei gravierenden körperlichen Krankheitszuständen wie etwa Diabetes mellitus oder Tumorerkrankungen eine begleitende Psychotherapie zusätzlich zur internistischen bzw. onkologischen Therapie zu signifikant besseren Krankheitsverläufen beiträgt (z. B. Faller et al., 1999; Faller, 2005; Hofmann et al., 2013). Ähnlich gibt es fundierte Studien, die zeigen, dass Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen in festen Partnerbeziehungen oder bei Möglichkeit der Ausübung von Fürsorge für einen kranken Partner signifikant bessere Prognosen haben als diejenigen, die sozial isoliert leben (Barbash et al., 2013; Rottenberg et al., 2016).<sup>1</sup> Weiter

---

1 Aus pragmatischen Gründen wird im Folgenden die sprachlich maskuline Version verwendet – durchgängig sind auch Patientinnen, Ärztinnen und biowissenschaftliche Forscherinnen gemeint.

dokumentieren umfangreiche empirische Forschungen, dass Faktoren wie Arbeitslosigkeit in der Ätiologie etwa von Diabetes mellitus eine relevante Rolle spielen (Huth et al., 2014). Schließlich akzeptieren Kliniker aller somatischen Disziplinen ebenso wie Pharmaunternehmen die Tatsache, dass bei methodisch korrekten klinischen Studien jährlich mehrstellige Millionenbeträge aufgewendet werden müssen, um durch doppelte »Verblindung« sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten den Einfluss von (Auto-) Suggestion oder Placebowirkung auszuschließen: Patient und Arzt wissen nicht, ob ein neu zu erprobendes, ein bewährtes oder ein Scheinmedikament (Placebo) verabreicht wird. Dieser große Aufwand würde wohl kaum betrieben werden, wenn Suggestion bzw. Placebowirkung in ihrer Bedeutung als irrelevant gelten würden.

*Dass* psychische und soziale Faktoren signifikante und reproduzierbare Auswirkungen auf Krankheitsentstehung und Prognose auch bei gravierenden körperlichen Zuständen haben, kann somit als gesichert gelten. Dies ist ein zentrales Thema in Psychosomatik und Psychotherapie ebenso wie in Sozialmedizin und Public Health – also in Disziplinen, die mit psychologischer und sozialwissenschaftlicher Expertise in der Medizin tätig sind. *Warum* genau *welche* spezifischen psychischen und sozialen Konstellationen als Herausforderung, Bereicherung, Bedrohung oder Konflikt erlebt und gedeutet werden, wird durch die oben genannten empirischen Korrelationen jedoch nicht erklärt, und damit auch nicht die *Voraussetzungen* für die skizzierten Auswirkungen auf Krankheitsprozesse.

Ob ein Mensch in nur knapper Badebekleidung von einer anderen Person als »normal« wahrgenommen und nur beiläufig und gelassen bemerkt wird oder massive Irritation, Neugier, Verlegenheit und eventuell auch Schamesröte (also eine körperliche Reaktion) auslöst, hängt von der Bewertung einer solchen Körpergestaltung ab. Schon für ein und dieselbe betrachtende Person kann es einen enormen Unterschied machen, ob die Begegnung am Strand, im Kaufhaus oder im Gerichtssaal stattfindet. In streng islamischen Kontexten wie etwa in Saudi-Arabien wird diese Bewertung möglicherweise anders ausfallen als in Italien oder Skandinavien, nochmal anders bei der lokalen Bevölkerung im tropischen Regenwald Südamerikas. Die unvermittelte Konfrontation mit einer Kuh ohne schützenden Zaun bedeutet für den Touristen aus der Großstadt etwas ganz anderes als für den Bauernjungen vom Dorf oder für den praktizierenden Hindu in Indien. Für Letzteren stellen auch in Städten frei herumlaufende

Rinder eine Selbstverständlichkeit dar und führen kaum zu größerer Aufregung. Der Vorschlag zu einer Organtransplantation kann beim chronisch Nierenkranken in Deutschland zu Erleichterung, Zuversicht und neuem Lebensmut führen – in traditionsbewussten Kontexten in Japan würde ein solcher Vorschlag sehr wahrscheinlich als Zumutung oder gar als beängstigend aufgefasst werden: Die Bewahrung körperlicher Integrität beim Lebenden und beim Toten stellt in großen Teilen der japanischen Gesellschaft einen enorm hohen Wert dar, auch das Hirntodkonzept als Voraussetzung für die rechtzeitige Organentnahme stößt auf äußerst geringe Akzeptanz, sodass die Transplantationsraten in Japan weniger als ein Zehntel derjenigen in westeuropäischen oder nordamerikanischen Gesellschaften betragen (Lock, 2002; Crowley-Matoka & Lock, 2006).

Die konkrete psychische Verfassung eines Menschen – offensichtlich ein krankheitsrelevanter Parameter – ist also wiederum Resultat davon, wie der Betroffene die jeweilige Situation wahrnimmt und deutet. Hier kommt die Kultur ins Spiel: Der Mensch ist *als Mensch* ein kulturelles Wesen, ein Lebewesen, das Bedeutungen erzeugt und die Welt immer nur deutend erfährt. Die Biologie des Menschen schafft zwar die Bedingungen für die Möglichkeit von Kultur und ist damit ihre Voraussetzung, die Natur selbst und damit auch die Biologie des Menschen kann jedoch nicht kulturfrei betrachtet werden. Alle Konzepte von Natur und alle praktischen Auseinandersetzungen mit ihr (inklusive der Naturwissenschaften) sind ein Reflex geschichtlicher Kultur.<sup>2</sup>

Die Art der Wahrnehmung von Welt und Selbst ebenso wie die Deutung des Wahrgenommenen sowie schließlich die Erwartungen, die auf diesen Deutungen aufbauen, sind wesentlich geprägt durch das Reservoir an plausiblen und sozial geteilten Deutungsmöglichkeiten, damit verbundenen Praktiken und Artefakten, das einer sozialen Gruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt zur Verfügung steht. Dieses Reservoir – die Kultur einer Gruppe – ist keineswegs statisch, sondern kontinuierlich im Wandel. Auch ist kein Mitglied einer sozialen Gruppe durch die jeweilige Kultur determiniert, vielmehr entnimmt eine konkrete Person je nach sozialer Position und biographischer Situation Elemente aus diesem Deutungsreservoir und formt sie eventuell auch kreativ um. Sehr viele, wenn nicht die

---

2 Mit diesem Kulturbegriff folge ich Wimmer (1996), Böhme (2000, 2006), im Anschluss an Cassirer (1996 [1944]) und Plessner (1928).

meisten Menschen gehören heute auch nicht nur einer einzigen Kultur an, sondern – auf unterschiedlichen sozialen Ebenen – verschiedenen Kulturen und Subkulturen mit durchaus divergenten Deutungsreservoirs und -präferenzen.

Die Medizin ist also beim Blick auf den leidenden, kranken, sterbenden Menschen obligatorisch mit Kultur konfrontiert. Wer die Subjektivität der Kranken, ihre Haltung zum Kranksein und ihr konkretes krankheitsbezogenes Verhalten verstehen möchte, ist darauf angewiesen, den (kranken) Menschen als kulturelles Wesen zu betrachten. Die Analyse von Laborwerten, bildgebenden Verfahren oder auch die Auswertung von standardisierten Fragebögen sind nicht ausreichend, um die kulturelle Dimension der Krankheitserfahrung und des damit verbundenen Verhaltens zu erfassen. Das notwendige Wissen für einen angemessenen Umgang mit kranken Menschen kann daher nicht allein aus den Naturwissenschaften, aus dem Labor oder aus computergestützten Datenanalysen bezogen werden, vielmehr sind die Wissenschaften von der Kultur hier eine zwingend notwendige Ergänzung. Zu einer ähnlichen Einschätzung kam die Kommission Culture and Health der renommierten medizinischen Zeitschrift *The Lancet* in ihrem Abschlussbericht im Jahr 2014 (Napier et al., 2014).

Diese Diagnose ist nicht ganz neu: »Hat die praktische Heilkunst das richtige Verhältnis zur Naturwissenschaft?« Mit dieser Frage provozierte der renommierte Chirurg und Miterfinder der »Eisernen Lunge« Ferdinand Sauerbruch sein ärztliches Publikum bei einer Rede im Jahr 1926. Die Rede wurde in der Zeitschrift *Die Naturwissenschaften* publiziert, der damals international bedeutenden deutschen Konkurrenz zum britischen Fachorgan *Nature*, und sie stieß auch hier auf erhebliche Resonanz. Sauerbruch kam nach einer längeren Erörterung zu dem nachdenklichen Schluss: »Die medizinische Wissenschaft kann *Krankheiten* erforschen. Der *kranke Mensch* aber kann nicht wissenschaftlich erfasst werden« (Sauerbruch, 1926, S. 1083).

Sauerbruch fasste damit den Kern einer Debatte der 1920er und frühen 1930er Jahre zusammen. Diese Debatte wurde damals im deutschsprachigen Raum unter dem Schlagwort »Krise der Medizin« geführt (Klasen, 1984; Geiger, 2010). Eine ähnliche Kritik findet sich aber auch in den USA, beispielsweise bei dem Harvard-Mediziner und Sozialethiker Richard Cabot oder dem in Yale lehrenden Bakteriologen und Sozialmediziner Charles-Edward Winslow. Sie diagnostizierten in der zeitgenössischen klinischen Praxis, medizinischen Ausbildung und Forschung eine zu sehr

auf die Naturwissenschaften und das körperliche Substrat menschlicher Krankheit fixierte Medizin und eine Vernachlässigung der psychologischen und sozialen Dimension des Krankseins. Trotz ähnlicher »Diagnose« der Problematik wurden allerdings im deutschen und im amerikanischen Kontext sehr unterschiedliche Konsequenzen gezogen: Während sich in Deutschland erste Ansätze zur Institutionalisierung von Psychosomatik und Psychotherapie und andererseits zur Konsolidierung alternativer Heilweisen zeigten, führten die Diskussionen in den USA zu einer Einführung bzw. Verstärkung sozialwissenschaftlicher Methoden in der Medizin, insbesondere im Bereich Public Health (Roelcke, 2016).

Gegenüber den Debatten der Zwischenkriegszeit und auch gegenüber dem Schwerpunkt des *Lancet*-Kommissionsberichts von 2014 gehen die im vorliegenden Buch formulierten Überlegungen allerdings noch einen Schritt weiter: Sie ergänzen das Plädoyer für eine systematische Berücksichtigung psychosozialer Faktoren sowie Bedeutungszuschreibungen für das vom *Kranken* in der äußeren und inneren Welt Erlebte durch den Blick auch auf den *Arzt* und den medizinischen *Forscher* als kulturelle Wesen. Sie argumentieren, dass die Deutungsräume *aller* Beteiligten durch die jeweiligen kulturellen Wahrnehmungsfilter und heute insbesondere durch die vonseiten der Biomedizin produzierten Denk- und Handlungsmöglichkeiten durchdrungen werden: Auch Ärzte und biomedizinische Forscher, die Produzenten und klinischen Anwender des wissenschaftlichen Wissens vom kranken Menschen, haben individuelle Biographien, leben in sozialen Gruppen und bedienen sich zur Deutung ihrer Wahrnehmungen und Erfahrungen aus dem ihnen zur Verfügung stehenden Reservoir an Interpretationsmodellen. Auch bei der Tätigkeit von biomedizinischen Wissenschaftlern sind die Auswahl von Daten, die für »relevant« gehalten werden, deren genaue Bewertung und die daraus abgeleiteten Forschungsfragen und -verfahren sowie die forschungsleitenden Begriffe und Theorien durchdrungen von Kultur. Im Gegensatz zu einem idealisierten und letztlich fiktiven Bild von Naturwissenschaften als »objektiv« und kulturfrei haben empirische kulturwissenschaftliche Studien umfangreich dokumentiert, dass für wissenschaftliche Innovationen (selbst in den Labors von Nobelpreisträgern) das Messen und Quantifizieren definierter Parameter im Vergleich zu bastelnd-kreativen Entdeckungsverfahren und ihren sozialen Konstitutionsbedingungen eine marginale Rolle spielt (z. B. Latour & Woolgar, 1986 [1979]; Knorr-Cetina, 1984; Lynch, 1985; Geison, 1995; Rheinberger, 2003).

Die Selbstverständlichkeit, mit der hoch artifizielle, technisch hergestellte visuelle Repräsentationen von neuronalen Prozessen als »objektive« Abbildungen von vermeintlich in der Natur vorgegebenen Sachverhalten behandelt werden, ist selbst Ausdruck einer spezifischen Kultur (Dumit, 2004; Hasler, 2012; Coopmans et al., 2014). Die solchen Bildern zugrunde liegenden Selektions- und Interpretationsprozesse sowie die Eigendynamik technowissenschaftlicher Apparaturen werden beim weiteren Umgang mit den so produzierten »Fakten« weitestgehend ausgeblendet.<sup>3</sup> In Bezug auf die kulturelle Dimension des eigenen Handelns besteht bei einem sehr großen Teil der biomedizinischen Wissenschaftler offensichtlich ein blinder Fleck.

Ähnliches gilt für den Umgang mit Wissen über menschliche Krankheiten, das im sogenannten »Tiermodell« gewonnen wurde – also durch die Untersuchung von Tieren mit der »gleichen« Krankheit. Hier werden sogar zwei wesentliche Aspekte weitgehend ignoriert: Einerseits die langwierigen und aufwändigen Verfahren, in denen solche Tiermodelle menschlicher Krankheit erst hergestellt werden müssen – untersucht wird daher im Tiermodell gar nicht die »Natur« einer gegebenen menschlichen Krankheit, sondern wiederum (wie bei Hirnscans etc.) ein im Labor hergestelltes Artefakt –, andererseits ist die auf dem Tiermodell aufbauende medizinische Krankheitsforschung blind für die eingangs beschriebene psychosoziale und letztlich kulturelle Dimension, die für Entstehung und Verlauf menschlicher Krankheiten höchst relevant ist.

Die Produktion wissenschaftlichen Wissens in der Medizin ist also eine kulturelle Praxis (vgl. auch Lock & Nguyen, 2010). Die Einordnung und Bewertung von derart gewonnenen Wissensbeständen, ihre (bei aller Wirksamkeit) begrenzte Reichweite und Zeitgebundenheit ist nicht nur intellektuell und theoretisch von Interesse, sondern ganz praktisch in der Arbeit des klinisch tätigen Arztes: Hier, im Kontakt mit dem kranken Menschen, geht es ja nicht um Wissenschaft im Sinne der Herstellung von neuem Wissen, sondern um die überlegte Auswahl aus vorhandenen Wissensbeständen in Abhängigkeit von der konkreten Situation und in Abstimmung mit den subjektiven Bedürfnissen des Patienten. Auch für diese

---

**3** Die Abbildung auf dem Bucheinband – ein Kupferstich aus den *Bizzarie di Varie Figure* von Giovanni Battista Bracelli aus dem Jahr 1624 – kann als Allegorie zum artifiziellen Charakter menschengemachter Menschenbilder verstanden werden.

praktisch-ärztliche Tätigkeit erscheint eine kulturwissenschaftliche Kompetenz hilfreich – im Hinblick auf die relative Validität des verfügbaren Wissens ebenso wie mit Blick auf die jeweils konkreten Wahrnehmungsweisen und Bedürfnisse des Patienten.

Patienten, Ärzte und biomedizinische Wissenschaftler als Menschen, als konstitutiv symbolische, das heißt deutende Wesen zu begreifen, macht es daher notwendig, für eine humane Medizin in Diagnostik und Therapie nicht nur den kranken Körper und seine technowissenschaftlichen Repräsentationen oder auch statistische Datenaggregationen in den Blick zu nehmen. Ergänzend und ebenso wichtig ist ein umfassender und systematischer Blick darauf, wie ein konkreter kranker Mensch sein Leiden wahrnimmt, deutet und mit welchen Erwartungen er sich in ärztliche Behandlung begibt. Eine humane Medizin sollte außerdem die kulturelle Dimension ihres eigenen Handelns in Forschung und klinischer Praxis reflektieren, insbesondere die Vorläufigkeit und Unvollkommenheit verfügbarer Wissensbestände.

In dieser Perspektive ist eine humane Medizin nicht nur auf das theoretische und methodische Repertoire von Natur- und Technikwissenschaften sowie von Informatik und Statistik angewiesen. Eine auf dieses Repertoire reduzierte Medizin muss sich vielmehr den Vorwurf gefallen lassen, kurz-sichtig und reduktionistisch zu sein. Dagegen muss eine am Menschen *als Mensch* orientierte Medizin obligatorisch auch die Kulturwissenschaften integrieren.

Als Kulturwissenschaften werden in dieser Perspektive alle diejenigen Wissenschaften verstanden, die sich systematisch und methodisch reflektiert mit den Kulturen von sozialen Gruppen beschäftigen. Solche sozialen Gruppen können – wie bereits angesprochen – geographisch, aber auch über ihre jeweils intern gemeinsame Tätigkeit voneinander abgegrenzt sein, wie etwa klinisch tätige Ärzte oder biomedizinische Forscher. Zu den Kulturwissenschaften zählen eine an Kultur im genannten Sinn orientierte Geschichtswissenschaft, Ethnologie bzw. Kulturanthropologie, Literaturwissenschaft, Kunstgeschichte und Medienwissenschaft, Religions- und Musikwissenschaft, darüber hinaus auch bestimmte Formen der Philosophie, Soziologie und Psychologie.<sup>4</sup>

---

4 Dieses Verständnis orientiert sich an Böhme (2000); im Unterschied zu Böhme ist hier von Kulturwissenschaften im Plural die Rede, allerdings nicht als modernes Synonym

Das oben formulierte Argument auszuführen und an konkreten Beispielen zu veranschaulichen ist das Ziel des vorliegenden Bandes. Er enthält Fallstudien und Reflexionen zur Bedeutung der Kulturwissenschaften für die Medizin. Zentrales Anliegen ist es dabei, den Menschen in der Medizin als kulturelles Wesen zu begreifen – als ein Wesen, das auf Bedeutungszuschreibungen und Sinngewebungen angewiesen ist, und das gleichzeitig kontinuierlich Deutungen produziert. Das gilt gleichermaßen für den leidenden und kranken Menschen wie für den Mediziner in seiner Rolle als Arzt oder biomedizinischer Forscher. Das Erleben und Verarbeiten von Krankheit, Schmerz und Leid, ebenso das Verhalten zu diesen Erfahrungen ist immer geknüpft an den Abgleich *mit* und die Einordnung *in* zuvor Erlebtes, Gehörtes und Gewusstes. Die aus der eigenen Biographie und der Interaktion mit dem sozialen Umfeld gewonnenen plausiblen Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Verhaltensweisen sind damit auch obligatorischer Bestandteil von Krankheitsverlauf, Prognose und »Outcome«. Gleiches gilt für den Umgang von Ärzten und Wissenschaftlern bei der Auswahl von »relevanten« Daten, deren Bewertung und den daraus abgeleiteten Forschungsfragen und Verfahren oder diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen: Kultur ist inhärent, ist immer schon da. »Kultur« ist nicht nur bei den »Anderen«, den traditionellen oder vergangenen Gesellschaften und Heilformen, den Exoten, Migranten und Flüchtlingen zu finden – vielmehr ist Kultur in dem genannten Sinne konstitutiver Bestandteil von menschlichem Wahrnehmen, Denken und Verhalten generell, und damit auch bei uns selbst, als kranken Menschen, Ärzten oder Forschern.

Die auf diese Einleitung folgenden beiden Kapitel stellen den leidenden, kranken und sterbenden Menschen ins Zentrum der Betrachtung. *Kapitel 2* fokussiert den Schmerz als Prototyp leidvoller körperlicher Erfahrung – einer Erfahrung, die untrennbar mit der psychosozialen Situation des Betroffenen sowie mit der Suche nach Bedeutung und Kontrolle verbunden ist. Die Annäherung an die kulturelle Dimension von Schmerz geschieht hier über das methodische Instrumentarium von (Medizin-)Ethnologie/Medical Anthropology sowie Literaturwissenschaft.

---

für die »Geisteswissenschaften« in ihrer Breite, sondern lediglich für diejenigen ihrer Ausformungen, die sich mit Kultur im oben genannten Sinn beschäftigen; mit inbegriffen, aber nicht eigens aufgeführt sind selbstverständlich auch die regionen- bzw. religionsbezogenen Kulturwissenschaften wie Islamwissenschaften, Jüdische Studien, Ägyptologie, Japanologie, Sinologie etc.