

Konfliktanalyse in medizinischen Transfersituationen

PAUL U. UNSCHULD*

Zusammenfassung Die Westliche Medizin wurde lange wie selbstverständlich als die Lösung für die weltweiten Probleme in Sachen Gesundheit gehalten, da sie zahllose Gesundheitsprobleme lösbar werden ließ, für die andere Medizinsysteme keine kompetenten Wege zu bieten scheinen. So schien es naheliegend, dass andere von diese Erungenschaften auch profitieren sollten und konnten. Umso auffälliger waren dann die Misserfolge eben dieser Medizin, als ihre Übertragung in die Entwicklungsländer versagte und die dortigen Krankheitsvorstellungen und Heilungswege weiterhin verblieben. In diesem Aufsatz werden vier Punkte genannt, die solch einem nahtlosen Transfer entgegenstehen: Ökonomische Faktoren, Kommunikationsprobleme, strukturelle Unterschiede, konzeptuelle Diskrepanzen. Während sich erstere beide noch leicht verstehen und analysieren lassen, erfordern die anderen beiden aufwendige breitere Untersuchungen und langangelegte Studien. Ethnologen können hier zu einer besseren Entschlüsselung der interkulturellen medizinischen Kontaktsituationen beitragen und so bessere Wege der Gesundheitsversorgung ermöglichen. (red)

Analysis of conflicts in settings of medical transfer.

Abstract Western medicine has often been acclaimed as the solution to the medical problems all over the world, once it successfully handled innumerable health care issues that had previously escaped the competence of all other medical systems. Hence, it was assumed that people all over the world would benefit from these achievements if only they were only given access to western medical care. Surprisingly, in the 1960s, when Western medical aid began to reach the developing world—in those days called the Third World nations—, local populations seemingly failed to see the benefits of modern medicine. Rather, they continued to believe in older notions of disease and alternative therapies. This paper lists four major reasons that seem to have jeopardized a harmonious transfer of modern Western medicine into societies with traditional health care systems: economic factors, communication problems, structural differences, and conceptual discrepancies. While the former two are easy to comprehend and to analyse, the latter two require a closer analysis and long-term field studies. Ethnologists contribute to a better understanding of situations of intercultural medicine and may, in the long run help traditional and modern medicine coexist in a more beneficial manner. (red)

Keywords (Schlagwörter) Medical development aid (medizinische Entwicklungshilfe) – traditional health care systems (traditionelle Medizinsysteme) – modern biomedicine (moderne Biomedizin) – cross-cultural analysis – applied anthropology (angewandte Ethnologie) – transfer

Als Benjamin D. PAUL 1955 den Sammelband *Health, Culture and Community* herausgab, war er einer der ersten, der den erstaunten Berichten von Ärzten, Planern, Ethnologen und anderen über damals noch unverständliche Reaktionen in der Bevölkerung der Dritten Welt auf ein modernes, westlich orientiertes Heilangebot die gebührende Aufmerksamkeit schenkte. Ob die aus mehreren Erdteilen zusammengetragenen Schilderungen etwa von der Unmöglichkeit, eine peruanische Dorfbevölkerung von der Notwendigkeit des Wasserabkochens zu überzeugen¹, oder von der Schwierigkeit, als westlicher Arzt in einem indischen Dorf Anerkennung

zu finden², das entsprechende Publikum trafen und irgendeinen Einfluss auf die medizinischen Hilfsprogramme hatten, ist ungewiss. Kennzeichnend für die damaligen Jahre bis in unser gegenwärtiges Jahrzehnt hinein war die Vorstellung, dass der Transfer westlicher medizinischer Konzepte und Technologien in die Länder der Dritten Welt einem Siegeszug gleichkommen müsse. Zwar hatte ACKERKNECHT bereits in den frühen vierziger Jahren darauf hingewiesen, dass einzelne Kulturen ein jeweils eigenes, ihrem jeweiligen Weltbild logisch eingegliedertes Heilsystem besäßen³ und Francis L. K. HSÜ hatte schon Anfang der fünfziger Jahre auf

* Reprint aus RUDNITZKI G., SCHIEFENHÖVEL W. & SCHRÖDER E. (Hg) 1977. *Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde*. (Ethnologische Abhandlungen 1). Barmstedt: Verlag Detlef Kurth: 79-86. Dieser Aufsatz diente in vielen Reprints in der 1980er Jahren als ein Basistext im Rahmen von Lehrveranstaltungen zur Sensibilisierung für interkulturelle Fragestellungen im Bereiche angewandter medizinanthropologischer Fragestellungen.

die kulturbedingte Bevorzugung dämonenmedizinischer Rituale in einer Stadtgemeinde in Yunnan angesichts einer Choleraepidemie ungeachtet eines sehr umfassenden modernen Vorsorge- und Heilangebots durch westlich ausgebildete Mediziner aufmerksam gemacht⁴, doch der Optimismus in den medizinischen Entwicklungshilfeprogrammen konnte von solchen vereinzelt Erkenntnissen nicht geschmälert werden. Grundlage der Gewissheit, dass die westliche Medizin, einmal in Asien, Afrika und Lateinamerika eingeführt, dort binnen kurzer Frist festen Fuß fassen und alles bisher dort Einheimische verdrängen werde, war die Überzeugung, dass nur die in der modernen Wissenschaft begründete Gesundheitsfürsorge und Heilkunst rational effektiv und effizient sei, während die sogenannten traditionellen Medizinbräuche irrational, in Aberglauben verhaftet und höchstens zufällig wirksam seien und daher der modernen Medizin schnellstens weichen würden.

Tatsächlich jedoch verlief die Entwicklung, wie wir heute wissen, keinesfalls diesen Erwartungen gemäß. Überall, wo westliche Medizin in Länder der Dritten Welt eingeführt wurde, erreichte sie einen gewissen Grad der Anerkennung, doch die traditionellen Heilformen zu verdrängen, gelang ihr nirgendwo. Die Bevölkerungen akzeptierten die neue Medizin in einigen Bereichen als dem ihnen bisher verfügbaren Heilangebot überlegen, erkannten jedoch auch schnell, dass die westliche Medizin zahlreichen gesundheitlichen Problemen hilflos gegenübersteht. So hat sich die so häufig beschriebene Situation ergeben, dass die verschiedenen Heilsysteme nebeneinander existieren und die Bevölkerung je nach ihrer eigenen Einschätzung der Vor- und Nachteile der einzelnen Systeme sich bei bestimmten Problemen dem Mediziner, Schamanen, Priester oder traditionellen Arzt und bei einem anderen Problem dem westlich ausgebildeten Arzt zuwendet⁵. Dieses Nebeneinander der Systeme könnte dann fruchtbar sein, wenn es in irgendeiner Form von einer Zusammenarbeit der verschiedenartigen Praktiker, die sich vielfach in ihrem Wirken ergänzen, gekennzeichnet wäre. Das Auftreten westlich ausgebildeter Mediziner und an westlichen Modellen orientierter Gesundheitsplaner mit dem Anspruch, die einzige medizinische Wahrheit zu vertreten, hat jedoch allorts zu Konkurrenzsituationen geführt, die für die zu versorgenden Patienten nicht ohne Probleme sind⁶. Die Entscheidung, wel-

chem Heilsystem man sich im Fall eines Krankseins zuwendet, liegt beim Laien, und obschon sich in den vergangenen Jahrzehnten gewisse Schemata der Inanspruchnahme herausgebildet haben, erscheint es fraglich, ob die Faktoren, die die Bevölkerung bei ihrer Wahl beeinflussen, jeweils auf das beste medizinische Interesse des einzelnen hinzielen.

Verschiedene Entwicklungen und Ereignisse haben während der vergangenen zwanzig Jahre dazu beigetragen, dass der Problematik von Transfer-situationen heutzutage weltweit große Bedeutung zugemessen wird. Die historische Analyse der schriftlichen Überlieferungen hochkultureller Heilsysteme etwa in China und Indien hat gerade in jüngster Zeit einem breiten westlichen Publikum die Subtilität und Komplexität mancher medizinischer Theorien dieser Kulturen vor Augen geführt, während im Rahmen der Ethnologie zahlreiche methodisch einwandfreie Studien der Heilsysteme schriftloser Völker publiziert wurden, die die Rationalität und soziale Bedeutung des entsprechenden Verhaltens dieser Menschen herausstellten. Viele in Transfer-situationen selbst wirkende Mediziner und sonstige Entwicklungshelfer haben ihren heimischen Planungsorganisationen ein Bild von dem Verhalten der Bevölkerung angesichts der Alternative westlicher oder traditioneller Heilfürsorge vermittelt, und schließlich wurde im anglo-amerikanischen Sprachbereich mittlerweile eine große Zahl ethnomedizinischer Analysen veröffentlicht, die vor allem den Ursachen der Konflikte nachgegangen sind, die bei der Einführung westlicher Medizin in Gesellschaften mit traditionellen Heilsystemen entstehen. Beigetragen zu der veränderten Einstellung gegenüber einem unbedachten Transfer westlicher Modelle medizinischer Versorgung in die Dritte Welt hat sicherlich auch die zunehmende politische Unabhängigkeit der betroffenen Staaten, so dass sich erst seit wenigen Jahren Situationen ergeben haben, in denen die Überlegungen, ob medizinische Entwicklungshilfe, so wie sie bisher praktiziert wurde, den Bedürfnissen der Empfängerländer sinnvoll entspreche, auf offene Ohren einheimischer Politiker treffen. Einen besonderen Einfluss auf Entscheidungsträger in Ländern der Dritten Welt hat in diesem Zusammenhang die Gesundheitspolitik in der VR China ausgeübt, wo sich die Verwaltung seit Bestehen dieses Staates mit der Koexistenz verschiedener Heilsysteme befasst und möglicherweise Fortschritte von einem Gegeneinander der jeweili-

gen Praktiker zu einem Miteinander erzielt hat. In den Geberländern, und hier vor allem in den USA, haben namhafte mit medizinischen Transferprogrammen befasste Universitäten und staatliche Verwaltungsinstitutionen Lehr- und Forschungsprogramme aufgestellt, deren Aufgabe es ist, Konflikte in Transfersituationen zu analysieren und solche Personenkreise, die in der transkulturellen Übertragung westlicher Medizin beschäftigt sind, mit der angedeuteten Problematik sowie den bisherigen Ergebnissen der Forschung zu deren Verursachung vertraut zu machen. Als Konsequenz dieses Wandels und der jüngsten Aktivitäten vor allem afrikanischer und asiatischer Staaten zur Strukturierung der Koexistenz verschiedenartiger Heilsysteme hat nun auch die Weltgesundheitsorganisation Konferenzen einberufen und Programme empfohlen, deren Ziel es ist, die genannten Bestrebungen zu unterstützen sowie die Erfahrungen und Erkenntnisse einzelner Staaten, Hilfsorganisationen und wissenschaftlicher Institutionen zum allseitigen Nutzen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Verhaltensforschung in Transfersituationen

Die vorangestellten skizzenhaften Ausführungen lassen unschwer erkennen, dass weitere Anstrengungen auf einer Vielzahl von organisatorischen, aufklärerischen und analytischen Ebenen zu unternehmen sind, um die Transfersituationen so fruchtbar und hilfreich wie möglich für die betroffenen Bevölkerungen zu gestalten. Hier ergeben sich für Ethnologen, deren Interesse auf das vergleichende Studium des Heilwesens in verschiedenen Kulturen gerichtet ist, wichtige Aufgaben; die systematische Erforschung der Bewältigung gesundheitlicher Krisen in Ethnien der unterschiedlichen kulturellen Entwicklungsstufen, gesellschaftlichen Organisationsformen und ökologischen Lebensräume kann in ihrem gegenwärtigen Stand längst noch nicht als befriedigend, geschweige denn abgeschlossen, angesehen werden. Die Methoden der Feldforschung sind so zu verfeinern, daß jede nur mögliche Beeinflussung der Situation und der Beobachtungsergebnisse durch die Präsenz des Untersuchenden, wenn nicht ausgeschlossen, so doch erkannt wird. Die rein pragmatische Schilderung des Vorhandenen wird noch verstärkt von Interpretationen, warum und wieso bestimmte Konzepte und Bräuche begleitet sein müssen, um die Zusammenhänge zwischen

dem kulturellen Teilbereich der Bewältigung gesundheitlicher Störungen und der Gesamtkultur transparent werden zu lassen.

Speziell die Transferproblematik bedingt unter anderem eine Analyse derjenigen Veränderlichen, die das Verhalten von Bevölkerungen angesichts einer Zugangsmöglichkeit zu verschiedenen Heilsystemen leiten. Die bisher verfügbare Literatur und unsere eigenen Erkenntnisse aus Feldforschungen in Ostasien sowie aus Studien am historischen Material, vor allem Chinas, weisen auf insbesondere vier Faktoren hin, die das Verhalten von Bevölkerungen in multiplen medizinischen Systemen bestimmen und zu Konflikten Anlass geben können. Es sind dies in der Reihenfolge zunehmender Bedeutung und Beständigkeit *ökonomische* Erwägungen, *Verständigungsschwierigkeiten*, *Strukturunterschiede* und *konzeptuelle Differenzen*. Wo eine moderne Gesundheitsfürsorge in Fremdkulturen aufzubauen ist, können die Einbeziehung dieser vier Veränderlichen in die Planung und die Beseitigung der ihnen zugrunde liegenden Ursachen erheblich zur Konfliktminderung beitragen.

Zu den ökonomischen Erwägungen, die weite Bevölkerungskreise anstellen müssen, wenn sie vor der Alternative westlich ausgerichtete Klinik oder traditionelle Behandlung stehen⁷, brauchen wir hier ebensowenig weitere Ausführungen zu machen, wie zum Problem der Verständigungsschwierigkeiten, die einen Mangel an Motivation medizinischen Verhaltensanweisungen zu folgen, bedingen können⁸. Diese beiden Variablen und die von ihnen ausgelösten Konflikte sind offensichtlich und von allen vier der genannten Faktoren am leichtesten durch gezielte Maßnahmen zu beheben. Anders verhält es sich mit den strukturell und konzeptuell bedingten Differenzen.

Strukturunterschiede ergeben sich dort, wo die westliche Medizin in Gesellschaften getragen wird, die eine zu den Industriegesellschaften unterschiedliche Verteilung der Kontrolle über die verfügbaren medizinischen Mittel aufweisen. Als medizinische Mittel bezeichnen wir medizinisches Wissen, medizinische Fähigkeiten, Arzneimittel, medizinische Einrichtungen und Technologien sowie die materiellen und immateriellen Vergütungen, die aus der medizinischen Tätigkeit erwachsen⁹. Wo die Kontrolle speziell heilberuflich tätiger Praktiker über diese Mittel stark ausgeprägt ist, da sprechen wir von einem hohen Grad an *Professionalisierung* (so

etwa in den westlichen Industriegesellschaften für die Ärzte¹⁰; wo die Kontrolle über die verfügbaren medizinischen Mittel einer Gesellschaft weitgehend in den Händen der allgemeinen Bevölkerung liegt, da sprechen wir von einer geringfügigen Professionalisierung der jeweils vorhandenen heilkundlichen Tätigkeiten (so etwa bei den Gimi in Neuguinea¹¹).

Strukturunterschiede werden vielfach sichtbar und tragen zu mannigfachen Konflikten bei, wo immer hochprofessionalisierte Ärzte in Gesellschaften transferiert werden, deren einheimische Bevölkerung ihren eigenen Praktikern traditionell weit weniger Kontrolle über die verfügbaren medizinischen Mittel zugesteht, als dies in hochspezialisierten Industriegesellschaften der Fall ist. Zwei Beispiele mögen dies erläutern. In den Industriegesellschaften rechnen die Mediziner mit einer Vergütung ihrer Tätigkeit, ganz gleich wie das Resultat einer Behandlung aussieht. In zahlreichen traditionellen Gesellschaften und Gemeinschaften stehen die Heilkundigen den Handwerkern gleich (ähnlich wie im Griechenland der Antike)¹² und werden nach der Güte des Produktes ihrer Tätigkeit, das heißt entsprechend dem Ausgang der Behandlung, bezahlt¹³. CARSTAIRS hat die Konflikte anschaulich geschildert, die er, der völlig unvorbereitet als hochprofessionalisierter Arzt in eine indische Gesellschaft kam, dort mit seinen Forderungen zur Vergütung seiner Tätigkeit auslöste¹⁴. Ungewohnt war für Carstairs auch die Tatsache, daß seine Anweisungen an die Patienten als unverbindliche Empfehlungen aufgefasst, im Familienkreis durchdiskutiert und je nach Ergebnis dieser Erörterungen befolgt oder abgelehnt wurden. Auch die Konflikte, die sich aus diesem Nichtübereinstimmen der ärztlichen Erwartungen Carstairs' mit dem Verhalten der Klienten ergaben, waren strukturbedingt.

Programme, die auf eine Beseitigung des Faktors Strukturunterschiede hinzielen, können nur langfristig wirken. Die sichtbarsten Konsequenzen, die sich aus dem Eintritt hochprofessionalisierter Ärzte in Gesellschaften der Dritten Welt in der Struktur der Verteilung von Kontrolle über verfügbare medizinische Mittel bisher ergeben haben, liegen in dem Bemühen traditioneller Praktiker, dieselbe Professionalisierungsstufe zu erreichen wie ihre westlichen Kontrahenten und somit auch innerhalb ihrer Heilsysteme die Kontrolle über die Mittel in ähnlicher Weise zu ihren Gunsten zu verschieben, wie es im Westen als Ergebnis lang anhaltender gesell-

schaftlicher Veränderungen seit geraumer Zeit der Fall ist¹⁵. Die gegenwärtigen Programme zur Aufwertung traditioneller Ärzte und ihre Einbeziehung in organisierte medizinische Fürsorge erleichtern diesen gesellschaftlichen Wandel in Ländern der Dritten Welt. Die strukturbedingten Differenzen sind allerdings dadurch, daß die einheimischen Mediziner sich jedenfalls teilweise den westlichen Ärzten angleichen, keinesfalls beseitigt; Ärzte die etwa im Rahmen von Hilfsprojekten in Transferprogrammen erfolgreich und bevölkerungsnah wirken möchten, tun zur Vermeidung der entsprechenden Konflikte immer noch gut daran, sich mit der traditionellen Verteilung der Kontrolle über die medizinischen Mittel in der von ihnen zu besuchenden Gesellschaft vertraut zu machen.

Wenden wir uns schließlich *den konzeptuell bedingten Differenzen* zu. Die Vorstellungen von der Verursachung und vom Wesen der Krankheiten sowie die aus diesen Vorstellungen resultierenden Maßnahmen zur Vorbeugung und Heilung von Kranksein entstammen umfassenderen Weltbildern, die entweder von gesamten Kulturen oder auch nur von gesellschaftlichen Teilgruppen als gültig und wahrhaftig angesehen werden. Diese Verhaftung medizinischer Konzepte in umfassenden Weltbildern ihrer Träger bedingt Konflikte, wenn etwa Praktiker mit im physikalischen und chemischen Weltbild der modernen Wissenschaft begründeten medizinischen Vorstellungen in Gesellschaften tätig sind und Anklang finden möchten, deren Mitglieder einem ganz anderen Weltbild anhängen. Ganz trivial ausgedrückt lässt sich sagen, dass dort, wo Gewissheit besteht, dass Dämonen und Totengeister oder der böse Wille eines Mitmenschen für die Verursachung von Krankheiten verantwortlich sind, neuzeitliche Vorstellungen von Viren und anderen mikroskopisch kleinen Erregern auf wenig Verständnis stoßen. Eine solche Aussage ist keineswegs neu; sie wurde schon vor vielen Jahren in Darstellungen von Konflikten in Transfersituationen impliziert¹⁶. Jüngeren Datums ist die Erkenntnis, dass die Verhaftung des kulturellen Teilbereichs heilkundlicher Konzepte im gesamt-kulturellen Ideengefüge so fest ist, dass man eben nicht mit Multimediavorführungen und anderen Mitteln der sogenannten Gesundheitserziehung in etwa eine dämonenmedizinisch orientierte Gesellschaft gehen kann und darauf hoffen darf, den alten „Glauben“ durch neues „Wissen“ zu ersetzen.

Ein Überblick über das Wesen historischer und gegenwärtiger medizinischer Konzeptsysteme lehrt uns, daß wir zwischen zwei verschiedenen Arten unterscheiden müssen. Da sind zum einen die medizinischen Vorstellungen, die in einer wertfreien Wissenschaft begründet sind; hierzu zählen die biochemisch-biophysikalische Medizin der Moderne, aber auch die Entsprechungsmedizin des China der Kaiserzeit. Das zugrunde liegende wissenschaftliche Weltbild stellt in beiden Fällen nur einen an sich neutralen Rahmen dar, in den normative Wertvorstellungen erst hineingetragen werden können. Beispielhaft für eine solche normative Erweiterung ist die im 19. Jahrhundert aufgekommene und inzwischen modifizierte Keimtheorie. Sie entspricht einer Sozialatmosphäre des Jeder-gegen-Jeden, wie sie durch das Wirtschaftssystem des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts geprägt wurde, in der auch ein Darwin mit seinen Vorstellungen vom „Überleben des Tüchtigsten“ glaubhaft sein konnte. Die Keimtheorie übertrug die gesellschaftlichen Vorstellungen, dass es an der Tüchtigkeit des einzelnen liege, ob er wirtschaftlich zu etwas komme oder aber scheitere, auf die Ebene des Krankseins, indem sie die Überzeugung ausdrückte, dass das Individuum sich vor Keimen schützen müsse und im wesentlichen selbst dafür verantwortlich sei, ob es gesund bleibe oder durch Krankheit bedingt untergehe. Gesellschaftliche Normen wurden hier also nur sekundär in die Wissenschaft hineingetragen und bestimmten von daher die medizinische Verhaltensweise mehrerer Generationen so lange, bis sich mit dem allmählichen Übergang zum Wohlfahrtsstaat die gesellschaftlichen Umstände wandelten und damit auch neue normative Anschauungen in der Medizin auftauchen konnten. Von einer solchen Situation unterscheiden sich die medizinischen Vorstellungen, die direkt aus einer normativen Wissenschaft hervorgehen. Hier seien etwa religiöse Heilvorstellungen zu nennen, die in direkter Parallele zu der Religion, die sie entwickelte, bestimmte menschliche Verhaltensweisen vorschreiben, deren Einhaltung krisenfreien Lebenslauf, das heißt eben auch Gesundheit, gewährleisten sollen. In beiden Fällen, ob es sich um primär oder sekundär normative Heilvorstellungen handelt, spiegeln die Konzepte von der Verursachung, Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten mit ihren Normen für „gesunde“ Lebensweisen sittlich-moralische Normen wider, die auch für nichtmedizinische Daseins-

bereiche gelten. Der hier verfügbare Raum zwingt uns, diese Zusammenhänge nur schlaglichtartig zu beleuchten und für detaillierte Belege zu den genannten Thesen auf eine ausführlichere Literatur zu verweisen¹⁷. Um die enge Beziehung zwischen heilkundlichen Konzepten und gesellschaftlichen Umweltbedingungen noch weiter zu verdeutlichen, sei eine Parallele aus der Linguistik herangezogen.

Die Gesamtheit psychisch-physiologischer Zustände und Vorgänge, denen der Organismus unterworfen sein kann, ist überaus vielfältig und nahezu unüberschaubar. Sie entspricht in ihrer Vielfalt der Gesamtheit aller Laute, die die menschlichen Stimmorgane hervorzubringen vermögen. Verschiedene Kultureinheiten haben aus der Vielfalt der Gesamtheit aller möglichen Laute jeweils etwa 30 Phoneme ausgewählt und mit Aussagekraft versehen, die – in scheinbar willkürlicher Auswahl – von Gemeinschaft zu Gemeinschaft mehr oder weniger verschieden sind und dennoch alle dasselbe darstellen, nämlich „Sprache“.

Krankheit ist der Sprache vergleichbar. Von Kultureinheit zu Kultureinheit sind – ebenfalls scheinbar willkürlich – bestimmte, jeweils mehr oder weniger verschiedene psychisch-physiologische Zustände und Vorgänge aus einer großen Vielzahl ausgewählt und als „Krankheit“ zusammengefasst worden. Wie wohl fast jede Sprachgemeinschaft den Laut „a“ in ihrer Sprache aufgenommen hat, so gibt es auch bestimmte psychisch-physiologische Bedingungen, die überall in das jeweilige Krankheitsverständnis aufgenommen worden sind. Doch andererseits haben nur manche Sprachgemeinschaften ein „ch“ oder ein „ü“ in ihre Aussagen integriert, ähnlich wie bestimmte Symptome in manchen Kulturen als Erscheinungsformen von Krankheit dienen, in anderen jedoch nicht.

Die Art, in der die Laute in der Sprache zusammengefasst und verschiedene Elemente der Sprache zusammengefügt werden, um deren Funktion der zwischenmenschlichen Verständigung zu dienen, können wir im weitesten Sinne als Grammatik bezeichnen. Ihr entspricht die logische Konzeptualisierung, die die Vielzahl klinischer Bilder zu einem aussagekräftigen Mosaik zusammenfügt, welches selbst wiederum dazu motiviert, in bestimmten Situationen zwischenmenschlicher Beziehungen in bestimmter Weise zu handeln. Genau dieses zwischenmenschliche Handeln aber ist eine der Funktionen von Konzepten, was Krankheit sei, genauso

wie Kommunikation eine Funktion von Sprache ist. Das zwischenmenschliche und auch das persönliche Verhalten freilich, das die medizinischen Konzepte zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten anraten, entspricht demjenigen Verhalten, das die gesellschaftliche Umwelt der Trägergruppen dieser Konzepte zur Vermeidung und Behandlung sozialer Krisen empfiehlt.

Daraus mag bei aller Kürze der hier möglichen Argumentation deutlich werden, warum bestimmte Vorstellungen vom Wesen der Krankheit nicht ohne weiteres durch andere Vorstellungen ersetzt werden können. Konzeptuelle Differenzen in Transfersituationen sind vor allem dort äußerst beständig und konfliktreich, wo es um grundsätzliche Verhaltensweisen etwa in der Vorbeugung oder in solchen Gesundheitsprojekten geht, die den Zusammenhang zwischen Aktivität und Ergebnis nicht unmittelbar sichtbar werden lassen. Konzeptuelle Differenzen wirken kaum störend, wo das Problem etwa in der nahezu unmittelbar Erfolge zeigenden operativen Beseitigung eines Katarakt besteht. Langfristig gesehen können konzeptuelle Differenzen nur mit der Erziehung jüngerer Generationen sowie einem Wandel in den gesellschaftlichen Organisationsformen und wirtschaftlichen Bedingungen, die die Entstehung und vor allem Annahme neuer Weltbilder mit neuen Vorstellungen von den zwischenmenschlichen Beziehungen ermöglichen, überwunden werden.

Da Struktur- und konzeptbedingte Differenzen als Faktoren, die das Verhalten einheimischer Bevölkerungen in Transfersituationen bestimmen, somit nicht von heute auf morgen ausgeräumt werden können, obliegt es unter anderem auch den Ethnologen, durch Hinweise auf die entsprechenden Eigenarten der Heilsysteme aller möglichen Ethnien Verständnis zu schaffen und auf diese Weise in Zusammenarbeit mit Planern und aktiv medizinisch Tätigen zumindest die Übergangsphasen so konfliktfrei wie möglich zu gestalten.

Anmerkungen

- 1, 2 WELLING E. 1955. Water Boiling in a Peruvian Town, p. 71-103 and MCKIM Marriott 1955. Western Medicine in a Village of Northern India, p. 239-268, in PAUL, Benjamin D. (Ed). *Health, Culture and Community*. New York.
- 3 ACKERKNECHT E. H. 1942. Primitive Medicine and Culture Pattern. *Bulletin of the History of Medicine* 12: 545-574.
- 4 HSÜ, F.L.K. 1952. *Religion, Science and Human Crises*. London
- 5 dazu LESLIE Ch. (Ed.) 1976. *Asian Medical Systems*. Berkeley / UNSCHULD P. U. 1976. Western Medicine and Traditional Healing Systems; Competition, Cooperation or Integration? *Ethics in Science and Medicine* 3: 1-20/FABREGA H. 1970. Dynamics of Medical Practice in a Folk Community. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 48: 391-412.
- 6 UNSCHULD P.U. 1975. Medico-cultural conflicts in Asian settings. An explanatory theory. *Social Science and Medicine* 9: 303-312.
- 7 UNSCHULD P.U. 1973. Die Praxis des traditionellen chinesischen Heilsystems. S. 93-100. Wiesbaden.
- 8 CLARK M. 1959. Health in the Mexican-American Culture. Berkeley: p.162-217.
- 9 UNSCHULD P.U. 1974. Professionalisierung im Bereich der Medizin. *Saeculum* 25: S. 251-276.
- 10 ebenda
- 11 GLICK L. B. 1967. Medicine as an ethnographic category. *Ethnology* 6: p. 38.
- 12 TEMKIN O. 1971. *Griechische Medizin als Wissenschaft und Handwerk*. Antike Medizin, p. 1-28. Darmstadt.
- 13 UNSCHULD P.U. 1976. Medizin und Ethik, p. 9-11. Wiesbaden.
- 14 CARSTAIRS M. 1955. Medicine and Faith in Rural Rajasthan, in PAUL B. D. (ed) siehe (1), p. 107-134.
- 15 LESLIE Ch. 1973. The Professionalization of Ayurvedic and Unani Medicine, in FREIDSON E. & J. LORBER (Ed.). *Medical Men and Their Work*, p. 39-54, Chicago.
- 16 HSÜ F.L.K. (4), op.cit. und CLARK M. (8), op. cit.
- 17 dazu Beiträge vom Autor in SCHIPPERGES H., SEIDLER E. & UNSCHULD P.U. 1978. *Krankheit, Heilung, Heilkunst*. Historische Anthropologie I. Freiburg i. Br.: Alber.



Paul U. Unschuld, Jg. 1943, Prof. Dr. phil., M.P.H. (Johns Hopkins Univ.). Studierte Pharmazie, Sinologie, Politische Wissenschaften und Public Health. Er begann seine Universitätslaufbahn 1975 an der Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, im Department of Behavioral Sciences und wurde 1986 zum Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität München berufen. Feldforschungen auf Taiwan. Seine Forschungen richten sich schwerpunktmäßig auf den Vergleich chinesischer und europäischer Medizingeschichte, sowie Fragen medizinischer Ethik in historischem Kontext. Seine jüngste Veröffentlichung, die die in dem vorliegenden Reprint ausgeführten Gedanken auf den Vergleich europäischer und chinesischer Medizingeschichte ausweitet, ist „Was ist Medizin? Westliche und östliche Wege der Heilkunst“, CH Beck 2004, München.

Institut für Geschichte der Medizin der LMU, Lessingstrasse 2, 80336 München
e-mail: unschuld@lrz.uni-muenchen.de