

## **Ethnomedizin**

### *1. Strukturen und Probleme der E.*

Die junge Arbeitsrichtung E. beschreibt und vergleicht mit den Methoden der Kultur- und Geisteswissenschaften die *volksmedizinischen Konzepte und Techniken von Gesundheit, Krankheit und Heilung aller Gruppierungen und Ethnien*. Entsprechend der verschieden ausgerichteten Erkenntnisinteressen von Wissenschaftlern und Praktikern und der verschieden gearteten Werkzeuge der *Ethnologie*, der medizinischen *Epidemiologie*, der *Anthropobiologie* und der *Humanökologie* sowie der *Verhaltensforschung*, wichtiger Grundlagenwissenschaften für ethnomedizinische Fragestellungen, können sehr unterschiedliche Arbeitsfelder abgesteckt und gezielt formulierten Problemen aus dem Alltag von Gesunden und Kranken Lösungsmöglichkeiten erschlossen werden. Der Themenbereich „medizinische Systeme der ‚Naturvölker‘“ ist besonders aufschlußreich, da unter weitgehendem oder völligem Fehlen von Einflüssen der modernen westlichen Medizin die Bewältigung des Phänomens Krankheit in einer kulturellen Experimentiersituation untersucht werden kann. (→Krankheit und Gesundheit)

Praktisch wichtige Bedeutung haben ethnomedizinische Studien, die *Bestand und Wandel volksmedizinischer Bräuche* in den Industrieländern, etwa das Gesundheitsverhalten von Gastarbeitern oder anders definierter Minoritäten zum Gegenstand haben. Die *Interaktion verschiedener Heilsysteme* und ihrer Träger untereinander, besonders aber die Interaktion in koexistierenden oder konkurrierenden Kontaktsituationen mit der abendländisch-akademischen Medizintradition, die gemäß ihres eigenen Anspruches von manchen (Leslie 1976) als „kosmopolitische Medizin“ bezeichnet wird, stellt einen wissenschaftsgeschichtlich und politisch wichtigen Zweig ethnomedizinischer Betrachtung dar. Am deutlichsten wird dies in den Impulsen der WHO, die optimistisch hofft, bis zum Jahre 2000 mit unorthodoxen Lösungen dem Mangel an medizinischen Dienstleistungen in der jüngst noch kolonisierten Dritten Welt begegnen zu können. (→Weltgesundheitsorganisation)

Heute wird nicht mehr übersehen, daß unter *einheimischen Spezialisten* Persönlichkeiten mit ausgesprochenem ärztlichem Engagement für das Wohl ihrer Patienten sorgen. Ihrem Werdegang, ihren Methoden, ihren Heilerfolgen und ihrem Einfluß in der Gemeinschaft widmet sich die *Ethnoiatrie* als Teilgebiet der Ethnomedizin, die damit Ansätze zur

Ausarbeitung von Programmen bietet, die die sinnvolle Integration traditioneller Elemente in eine moderne nationale Gesundheitsfürsorge in den einzelnen Entwicklungsländern zum Ziel haben. Eine ethnomedizinische Aufgabe von sehr aktuellem Interesse stellt somit die Neubewertung der Heilkunden und Volksmedizinern und die Umwertung bislang diskriminierter Andersartigkeit dar; dies kann mit den Begriffen der akademischen Schulmedizin nur sehr unzureichend in isolierten Sektoren (z. B. pharmakologische Wirksamkeit von Drogen) geleistet werden.

Obwohl auch in den Industrieländern die ethnomedizinischen Probleme, z. B. subkultureles Patientenverhalten und damit die Ablehnung offizieller Medikalsysteme und deviantes, gesundheitsschädliches Selbstmedikationsverhalten, kaum weniger aktuell sein dürften, ist aber zur Zeit das ethnomedizinische Interesse vornehmlich auf die Fragen des *Wandels traditioneller Heilweisen* durch den Einbruch der westlichen Zivilisation und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung, sowie auf die *Gestaltung von Gesundheitsvor- und -fürsorge* in den Ländern der Dritten Welt ausgerichtet. Gesundheitsplaner weisen darauf hin, daß nur 20% der dortigen Bevölkerungen etwa 80% der gebotenen medizinischen Dienstleistungen in Anspruch nehmen können. Dies ist jedoch nicht nur ein organisatorisches Verteilungsproblem. Die Mehrheit der ländlichen Bevölkerungen ist durch steigendes Wachstum, niedrigen Bildungs-, Lebens- und Hygienestandard charakterisiert, wobei der Bildungsdualismus innerhalb der einzelnen Entwicklungsländer schwerer als Unterschiede zwischen Industrieländern und Entwicklungsregionen wiegt (Diesfeld 1977). Neben dem historisch schwerwiegendsten Ereignis der durchlittenen kolonialen Epoche konstituiert und kompliziert dabei in der nachkolonialen Identitätssuche vieler Länder der Dritten Welt ein Moment das Problemfeld wesentlich, das dadurch entsteht, daß etwa bei der Gesundheitsplanung in den Universitäten und Ministerien der jungen Nation der von den Kolonialherren übernommene unkritische Glaube an die moderne Medizin fest etabliert fort dauert und mit dem kritischen Wissen um die Grenzen von deren möglichen Dienstleistungen bei einigen einsichtigen Politikern heftig kollidiert. Insofern bleiben die ökologischen und vor allem die sozio-ökonomischen Gegebenheiten gerade in den Ländern nicht beachtet, wo die Morbiditätsmuster und kollektiver Leidensdruck (Armutskrankheiten) am offensichtlichsten durch diese geprägt sind. Diese Defizite an der geforderten medizinischen Versorgung signalisieren jedoch kein Vakuum, sondern werden durch die vielfältigen Formen der traditionellen Medizin zum Teil in effizienter Weise ausgeglichen. (→Medizin)

Traditionelle Medizin, so faszinierend und im einzelnen bereichernd die Beschäftigung mit ihr sein kann, ist folglich heute zu einem Politikum geworden. Unter dem programmatischen Schlagwort „Health by the People“ verbergen sich daher reformerische Forderungen sowie Besinnungen zur *Wahrung kultureller Identität* mittels herkömmlicher

oder zu rekonstruierender medizinischer Traditionen. Andererseits lassen staatlich geplante Integrationsversuche von traditionellen Heilfiguren (Hebammen) und Technologieanlernlingen (Basisgesundheitsarbeiter) dörflichen Ursprungs auch die Tendenz erkennen, die bislang neben der westlichen Medizin pluralistisch existierenden oder repressiv verfolgten Heil- und Selbsthilfesysteme lediglich auf ihre funktionale Brauchbarkeit hin auf zugewiesenem Niveau einzugliedern und so über den Schatz kultureller Ressourcen und traditioneller Heilmittel im weitesten Sinne zu verfügen.

Der ethnomedizinische Beitrag zur gegenwärtigen Diskussion um die *Soziogenese von Kranksein*, dem individuellen Mißbefinden, oder der *Soziogenese von Krankheiten*, zweier Betrachtungsebenen, die in traditionellen Medizinkonzepten häufiger zu finden sind, spiegelt nicht nur eine ethnomedizinische Perspektive wider. Vielmehr zielt dies auf die heutige weltanschauliche Polarisierung heilkundlicher Konzepte (Unschuld 1978), in deren Prozeß der Abhängigkeit des Krankseins von der Schichtzugehörigkeit und dem Kranksein von definierten Gruppen erneut vermehrte Bedeutung zugemessen wird.

Ethnomedizinisches Wissen könnte heute etwa einen Beitrag zur *Behebung medikaler Unterversorgung* leisten, indem eine patientenorientierte Medizingeschichte von der Volksmedizin die Hintergründe von Störungen beleuchten würde, als welche die Interaktionen von subkulturellen Deviationen mit den normativen Ansprüchen offizieller Medikalsysteme erscheinen (Schenda 1976). Als ein Ansatz bietet sich dabei an, die historische und ethnographische Variabilität des Krankheitsverständnisses jeweiliger differierender sozialer Normalität als Folge sozialer Prozesse zu beschreiben (Frießem 1977). Um den *Krankheitswandel* in seinen historischen Dimensionen auszuloten als Produkt definierter Entwicklungsprozesse, muß die traditionelle Medizin unter dem Gesichtspunkt ihres kulturellen Hintergrundes und ihrer Funktion im ursprünglichen Milieu erkannt werden (Honko 1967). Therapeutische Akte als Dokumente der gelebten Wirklichkeit können nicht durch die Klassifikation des therapeutischen Aktes erfaßt werden, sondern durch das *Verstehen* der kulturspezifischen Rationalität bezüglich der kurativen Interventionen (Ackerknecht 1971). Solcherart aufbereitetes Wissen könnte das heuristische Rüstzeug für eine Entstehung einer „lokalen“ E. (Leiris 1977) schaffen, in der eine medizinische Transfersituation gefördert wird, die den Kampf um die Verfügung von Mitteln zu heilen zugunsten deren zweckmäßigstem Einsatz entschärft.

## 2. Zur Methodik ethnomedizinischer Feldforschung

Für die ethnomedizinische Feldforschung ist eine *zweigleisige Arbeitsweise* typisch: 1. Die Körperlichkeit des Menschen und sein Kampf gegen Krankheit werden in den *Kategorien der Einheimischen* erfaßt, d. h. im Sinne des emischen Zugangs, der kognitiven Anthropologie, der ethno-science. Kenntnisse der lokalen Sprache werden daher stets angestrebt, da über sie die oft sehr geistvollen Denkmodelle nachvollziehbar werden. Erhebungen in einer Handelssprache oder mittels Einschaltung von Dolmet-

schern haben demgegenüber Nachteile. – Teilnehmende Beobachtung und ausführliche Informationsgespräche, d.h. Methoden aus dem Repertoire des praktisch arbeitenden Völkerkundlers, bilden die Ausgangspunkte dieser Vorgehensweise.

2. Kriterien und Termini der *naturwissenschaftlichen Medizin* werden hinzugezogen, um in medizinischem Rahmen Sachverhalte zu objektivieren, die man bei Beobachtungen, Befragungen und selbst durchgeführten ärztlichen Behandlungen erhoben hat. Bereiche, die sich für ethnomedizinische *Untersuchungen* anbieten, sind u.a.: Vorstellungen vom menschlichen Körper, seinen Funktionen und Parafunktionen, der Kranke in seinem Erleben von Schmerz und Krankheit, das Verhalten der Gemeinschaft zu einem kranken Mitglied, Sterben und Tod, Deutung und Bewältigung geistig-seelischer Störungen, therapeutische Maßnahmen der Laien und Spezialisten, einschließlich der Anwendung von Heilpflanzen, chiropraktischer u.a. Methoden, Sexualität, Schwangerschaft und Geburt.

Bild-, Film- und Tonträger mit *Aufzeichnungen* körperlicher Befunde, der Bezeichnung und Klassifikation von Krankheiten, ungestellter Ereignisse wie Behandlungszereemonien u. a. sind wichtige ethnomedizinische Dokumente, die auch spätere Bearbeitungen möglich machen. Im Idealfall wird die Behandlung etwa einer Radiusfraktur von der Beschreibung der Symptome, der Beschwerden, der Herstellung einer Schiene oder Schlinge, dem Aufsagen von Heilformeln (die transkribiert und übersetzt werden), der Beteiligung helfender Personen, einer etwaigen Bezahlung bis hin zur Beurteilung des Heilverlaufs und des Endresultats dokumentiert; wenn möglich unter Benutzung naturwissenschaftlich-medizinischer als auch einheimischer Klassifikation. Schwierigkeiten können entstehen, wenn etwa eine *rituelle Behandlung* eng mit dem soziokulturellen Hintergrund der betreffenden Gemeinschaft verwoben oder pharmakologische Wirksamkeiten pflanzlicher Therapeutika zu ermitteln oder differentialdiagnostische Erwägungen anzustellen sind. Einen Spezialisten von der jeweils komplementären Disziplin hinzuzuziehen, an Ort und Stelle oder später, bietet sich an, wenn keine Ausbildung in beiden Fächern besteht. Sichtweisen der *Psychologie*, der *Soziologie*, der *Religionsethnologie*, der *Humanethologie* und anderer Disziplinen können ebenfalls zum Verständnis von Form und Funktion bei Vorgängen um Kranksein und Gesundwerden beitragen.

Was die *allgemeine methodologische Ausrichtung* anbetrifft, ist eine Kombination relativ unstrukturierter Beobachtungen, die einen hohen Gültigkeitswert haben, mit strukturierten Interviews, Tests etc., über die Verlässlichkeit und Wiederholbarkeit angestrebt wird, am günstigsten. In die letzte Rubrik fällt die Befragungen zugrunde gelegte Anwendung einer Aufstellung leicht erkennbarer Krankheits Symptome (etwa Husten ohne, mit schleimigen, eitrigem oder blutigem Auswurf); auf diese Weise erhält man quantitativ mehr Material, als es bei der ausschließlichen Dokumentation tatsächlicher Krankheitsfälle, Behandlungen, Geburten etc. möglich wäre. In *Voruntersuchungen* muß sichergestellt werden, daß diese Krankheitszeichen den Befragten bekannt sind und bei ihren eigenen diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Überlegungen eine Rolle spielen. Auf diese Weise wird eine bloße Projektion naturwissenschaftlich-medizinischer Kriterien vermieden. Wenn auch außerhalb dieser als Gedächtnisstütze fungierenden Aufstellung liegende Themen mit Gewährsleuten besprochen werden, ist ein Kompromiß zwischen den Erfordernissen der Vollständigkeit und Nachprüfbarkeit auf der einen und dem Gebot, möglichst nah an den Denkmodellen der Befragten zu bleiben, auf der anderen Seite erreicht. Dabei muß man im Auge behalten, daß Kranksein für die Einheimischen stets Syndromcharakter hat, sich aus den äußerlichen Zeichen der Krankheit, biographischen, soziologischen und anderen Faktoren zusammenfügt. Daher können auch zunächst marginal erscheinende Ereignisse und Informationen ethnomedizinisch von Belang sein.

Im *täglichen Kontakt* mit den Mitgliedern der untersuchten Gemeinschaft, in deren Mitte der Ethnomediziner vorzugsweise lebt, lernt er die Konzepte zentraler Bereiche

Einklang zu bringen. Andererseits haben viele solcher Schadenszauber normerhaltende Funktion innerhalb der Gemeinschaft.

### 3. *Ethnomedizin als alternative Medizin*

Für drei Arbeitsfelder am Rande der Medizin erschließt Ethnomedizin als Sichtweise, Erklärungsansatz und Methodenspektrum auch in Ländern mit fortgeschrittenen Industriegesellschaften Lösungswege für sonst nicht oder nur unzureichend (Alternative: Traditionsbruch) angehbare Probleme: das sind → *Prävention*, → *Rehabilitation* und *Sozialpsychiatrie*. Alle drei Arbeitsfelder lassen sich über den Nenner ihrer gemeinsamen Zielorientierungen definieren. Wird dieser Nenner als soziale (Wieder-)Eingliederung bezeichnet, impliziert er nur scheinbar ausschließlich funktionale Momente. Für den Praktiker in diesen Feldern ist soziale (Wieder-)Eingliederung Konfrontation mit der Wirklichkeit von Lebens- und Erlebnisbereichen, in denen technologische Entwicklung und Verwaltungsreform den Charakter übermächtiger Dämonen erhalten und die Zerstörung von Beziehungsfähigkeit bewirkt haben. Der Appell an die soziale Verantwortung gegenüber „devianten“ Gruppen (z. B. Behinderte, psychisch Kranke) wird dann mit dem depriviert-resignativen Hinweis auf Spezialeinrichtungen beantwortet. Wo dagegen soziale Verantwortung praktiziert wird, entsteht oder wiederentsteht, bezieht sie sich auf *regionale oder familiale (ethnische) Traditionen* und ist verbunden mit dem mehr averbal gelebten als ausdrücklich gehandelten Anspruch auf Akzeptiertwerden in vom Standpunkt technokratischen Managements partikularistisch, autistisch oder regressiv anmutenden Positionen.

Insbesondere in der sozialpsychiatrischen Rehabilitation ergibt sich die Rolle vom Therapeuten und die jeweilige Therapietechnik deswegen regelmäßig aus Rollenzuweisungen der behandelten Gruppe und deren Notwendigkeiten. Die Kommunikationsformen derartiger Gruppen, die sich in der akademischen Situation von Kliniken und von nach volks- und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten organisierten und funktionierenden Institutionen gar nicht verständlich machen können, sind averbale oral-symbiotische (sekundär durch Passivierung?) Verhaltensmuster. Therapeutisches Prinzip für soziale (Wieder-)Eingliederung ist hier „Eintauchen“ der Therapeuten in den Lebensbereich der Klienten. Da die oben genannten Randbereiche der Medizin in den nächsten 20 Jahren 75 % der medizinischen Aufgaben zu lösen haben werden, wird Medizin insgesamt mehr im *Lebensfeld* ihrer Patienten operieren, um dort in therapeutischem Handeln die Techniken und Methoden zu entwickeln, mit denen sie ihrem Anspruch gerecht werden kann.

*Lit.:* E. H. Ackerknecht: *Medicine and Ethnology. Selected Essays.* Bern 1971; H. J. Diesfeld: Die Bedeutung des Dialogs zwischen Heilkunst und Völkerkunde für die Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern. In: Rudnitzki, Schiefenhövel u. Schröder (Hrsg.): *Ethnomedizin – Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde.* Barmstedt 1977; H. Frißem: Das Krankheitsverhalten und seine ethnischen Variationen. Ein medizinisch-soziologischer Abriß. In: Schröder (Hrsg.):

Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien. Wiesbaden 1977; L. Honko: Über die tatsächliche Wirkung der Volksmedizin. In: Grabner (Hrsg.): Volksmedizin. Darmstadt 1967; M. Leiris: Kulturelle Aspekte der Revolution. In: Die eigene und die fremde Kultur. Syndikat, Frankfurt 1977; Ch. Leslie: Introduction. In: Leslie (ed.): Asian Medical Systems. A Comparative Study. Berkely 1976; R. Schenda: Das Verhalten der Patienten im Schnittpunkt professionalisierter und naiver Gesundheitsversorgung. In: Handbuch der Sozialmedizin III, Stuttgart 1976; P. U. Unschuld: Die konzeptuelle Überformung der individuellen und kollektiven Leidenserfahrung. In: Schipperges, Seidler u. Unschuld (Hrsg.): Krankheit, Heilkunst, Heilung. Freiburg 1978.

*E. Schröder – W. Schiefenhövel – G. Rudnitzki*