

Medizinsysteme in Afrika

Kommunikationstheoretische und kulturalismuskritische Perspektiven

KATHRIN STIEGLER

Anhand des Aufsatzes „Krankheit und Gesundheit in Afrika: Aspekte an der Schnittstelle von Anthropologie und Medizin“ von RUTH KUTALEK (2013) kann Studierenden in den Anfangssemestern unter Bezugnahme auf die Einführung in die Medizinethnologie von HANSJÖRG DILGER UND BERNHARD HADOLT (2017) gezeigt werden, wie medizinethnologische Texte aus einer Metaperspektive gedeutet und verstanden werden können und warum kulturalistisches Denken kritisch betrachtet werden muss. Kulturalisierung geht nämlich davon aus, dass das Subjekt lediglich eine Folge der Kultur ist und vergisst dabei kommunikative und soziale Prozesse in den Blick zu nehmen (HALL 1999).

Der Text KUTALEKS macht deutlich, wie koloniale Machtstrukturen das traditionelle Medizinsystem Ostafrikas zu unterminieren versuchten und welche fatalen Auswirkungen es hatte, wenn Missionare Biomedizin für Zwecke der Missionierung eingesetzt haben (S. 105–123). Meist haben diese nämlich kulturspezifische Kontexte nicht oder unzureichend berücksichtigt (ebd.). Es ist deshalb ausgesprochen wichtig, religionsethnologische und religionswissenschaftliche Methoden und Theorien in medizinethnologische Analysen einzubeziehen, da diese ermöglichen religiöse Phänomene von einer nicht-normativen „Außenperspektive“ zu betrachten, bei der Wissenschaftler*innen deskriptiv und selbstreflexiv arbeiten. KUTALEKS Ausführungen zeigen zudem, dass individuelle wie kollektive Akteure der Biomedizin, z. B. Bio- und Naturwissenschaftler*innen, Biotechunternehmen oder biomedizinische Fachgesellschaften und Verbände, versuchen traditionelle Medizinsysteme nach ihren Vorstellungen zu formen, indem beispielsweise nur Heilpflanzen entnommen werden, andere für die Bevölkerung Afrikas aber zentrale Aspekte wie das Charisma von

Heiler*innen und performative Praktiken wie Rituale vernachlässigt werden (S. 107). KUTALEKS Ausführungen machen deutlich, dass Medizinsysteme komplex sind und aus vielfältigen miteinander verwobenen sozial-kommunikativen Aspekten und Praxen bestehen, die nicht einfach voneinander isoliert werden können. Am Beispiel von Tetanus-Impfungen, welche ohne vorherige Aufklärung bei Mädchen an Schulen in Kamerun durchgeführt wurde und die aufgrund der Unwissenheit über die Wirkungen und damit verbundenen Folgen zu Angst vor Unfruchtbarkeit führte, zeigt, wie traditionelle Heilmethoden konkret unterhöhlt wurden (S. 110–112). Studierende können hier kritisch diskutieren, was dies für die Konstruktion der Kategorie Gender bedeutet. Weiter wird Student*innen auf abstrakter Ebene klar gemacht, dass Krankheit und Heilung nicht ohne ihren kulturspezifischen Kontext zu denken sind und dass die Mikroebene der Akteure neben der Meso- und Makroebene stets zu berücksichtigen ist (ebd.). Zudem wird deutlich, dass Medizinsysteme von Machtstrukturen durchsetzt sind, welche die Medizinethnolog*innen analysieren und aufbrechen müssen. Mit ihren Ausführungen untermauert KUTALEK, dass Medizinsysteme – auch traditionelle – nicht isoliert betrachtet werden sollten, (S. 108), da zwischen ihnen – auch zwischen Biomedizin und traditioneller Medizin – Interferenzen vorherrschen. Diese finden sich sowohl unter den Ärzt*innen und Heiler*innen, dem Pflegepersonal als auch unter den Patient*innen und umfassen damit neben übergeordneten politischen und staatlichen Ebenen sämtliche Akteure (DILGER 2012).

Darüber hinaus geht KUTALEK in ihrem Text auf Krankheitskonzepte ein und betont, dass Krankheit einerseits individuell erfahren wird, andererseits in einen umfassenderen soziokulturellen Rahmen eingebettet ist (S. 113). Auf diese

Weise kann Studierenden erläutert werden, dass es verschiedene Ebenen und Perspektiven von Krankheit gibt: *disease*, den gestörten physiologisch-psychologischen Prozess, *illness*, als die subjektiv wahrgenommene Krankheit, die kulturell konstruiert ist (KLEINMAN 1980) und *sickness*, welche betrachtet, wie Krankheit im sozialen wie gesellschaftlichen Kontext ausgebildet wird (YOUNG 1982). Interessant und äußerst hilfreich ist KUTALEKs Verwendung zahlreicher Interviewauszüge, die die Sicht der Akteure anhand eines traditionellen Heilers und einer Patientin schildern. Der Heiler betrachtet Biomedizin als Symptombehandlung, nicht aber als Therapie der Ursache, wie z. B. Hexerei, die der Medialität des Heilers, transzendentaler Kräfte und rituelspezifischer Dinge wie des Reibeorakels bedarf (S. 113–115). Für den Heiler spielt sich Krankheit demgegenüber nicht nur körperlich im Sinne von *disease* (DILGER & HADOLT 2012: 339), sondern auch in sozialen Beziehungen ab, weshalb neben dem Heilungsprozess auch die Betrachtung kommunikativ-sozialer Prozesse in der Familie unentbehrlich sind (KUTALEK 2013: 118). Studierende kann dadurch zudem nahegelegt werden, dass neben menschlichen Akteuren und ihren religiösen Vorstellungen, auch materielle Dinge – sog. Aktanten – bedeutsam sind (KUTALEK 2013: 119), mit denen Heiler relationale Akteur-Netzwerk Verbindungen, sog. Hybride im Sinne der Akteur-Netzwerk-Theorie BRUNO LATOURS, eingehen (LATOUR 1996 und PEUKER 2010). Studierende können hieraus lernen, dass die Medizinethnologie immer auch Fragen nach kommunikativ-sozialen Prozessen zwischen verschiedenen Akteuren und Aktanten stellen sollte, um Phänomene bestmöglich verstehen zu können. KUTALEK geht abschließend auf den Medizinpluralismus ein und macht deutlich, dass unterschiedliche Medizinsysteme miteinander verwoben sind. Akteure handeln in traditionellen als auch biomedizinischen Systemen, die nicht einfach als abgrenzbare, abstrakte Blöcke nebeneinander existieren, sondern auch auf der Mikroebene plural sind (BIERLICH 2007). Ein Beispiel hierfür ist das sog. „healer-shopping“, bei dem Patient*innen sich verschiedener Systeme und Experten bedienen; auch das Gesundheitspersonal gehört oft mehreren Systemen an (KUTALEK 2013: 122–123.). Studierende können daraus folgern, dass die Aufgabe von Medizineth-

nologen hier darin besteht, grenzüberschreitende Prozesse zu betrachten, so dass der Ansatz der angewandten Medizinethnologie (DILGER & HADOLT 2017: 346–347) und die darin gewonnenen Erkenntnisse, für eine Zusammenarbeit der Systeme bereichernd sein kann (KUTALEK 2013: 124). Zu KUTALEK wird ergänzend die Lektüre von HANSJÖRG DILGERS Aufsatz “Targeting the Empowered Individual: Transnational Policy Making, the Global Economy of Aid, and the Limitations of Biopower in Tanzania” (DILGER 2012) empfohlen.

Ein Zusammenlesen beider Texte eignet sich besonders deshalb, da DILGER (2012) den Schwerpunkt auf nicht-staatliche Institutionen und deren Verbindung zu staatlichen Institutionen legt, wodurch die Perspektive auf Medizinsysteme in Afrika erweitert wird. Er fragt danach, welche Diskrepanzen es zwischen beiden gibt und welche Bedeutung Transnationalisierung und Globalisierung hierbei spielen. Konkret wird am Beispiel von Konzepten von *Nongovernmental Organizations* (NGOs), die sich aus sozialen Gründen im ruralen Tansania für Menschen einsetzen, veranschaulicht, dass der politische und wirtschaftliche Kontext der Gesundheitssysteme stets zu berücksichtigen ist (S. 63). Weiter wird dargestellt, welche Auswirkungen dies auf die Mikroebene und das soziale Leben der Betroffenen hat (ebd.). So wird die Frage gestellt, wie transnationale Strukturen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass Gesundheitssysteme stärker individualisiert, fragmentiert und extern finanziert werden, auf die regionale Gesundheitspolitik und die Patienten wirken (S. 65). Hierbei wird zuerst in diachroner Perspektive aufgezeigt, dass sich AIDS-Programme ändern und in einen historischen Kontext einzubetten sind. DILGER verdeutlicht dies an Transformationsprozessen von NGO-Ansätzen weg von einer informationsbasierten, abschreckenden generellen Zugangsweise, hin zu individuellen, differenzierten Ansätzen, die den Blick auf gesunde Liebesbeziehungen und Vertrauen setzen (S. 68). NGOs fokussieren in jüngerer Zeit darauf, beim Individuum anzusetzen, um so Selbstermächtigung und Selbstreflexion zu fördern und den emotionalen Status zu stärken (DILGER 2012: 66–68). Hierbei stehen die NGOs im weiteren Kontext von staatlichen Institutionen und wirtschaftlichen Faktoren (DILGER 2012: 83–87). Dieses positive Selbstbild kann jedoch nur in sozialen Kontexten

und Beziehungsgefügen entstehen (DILGER 2012: 72). Prozesse und Praktiken des tansanischen Gesundheitssystem sind im Kontext der Globalisierung und der transnationalen Gesundheitsprogramme zu betrachten (DILGER 2012: 76). Gerade im ruralen Tansania spielen Kirchen wie die *Full Gospel Bible Fellowship Church* (FGBFG) eine wichtige Rolle. Sie propagiert, dass eine aus ihrer Sicht richtige Lebensweise, zum Heil führe, was jedoch zu Konflikten zwischen den Logiken dieser „moralischen“ Netzwerke und den öffentlichen Strategien führt; denn die AIDS Industrie (DILGER 2012: 74) produziert Dichotomien wie z. B. Medizin vs. Religion, was zu Diskrepanzen zwischen ihr und Familienvorstellungen führt (DILGER 2012: 82). NGOs verändern die Medizin, indem sie soziale Konstellationen nur bruchstückhaft verändern (DILGER 2012: 82). Patienten stehen staatlichen Programmen daher oft kritisch gegenüber, während nichtstaatliche Institutionen kaum über biopolitische Autorität verfügen (DILGER 2012: 86). Studierenden wird anhand des Textes die Vielschichtigkeit von Krankheit und Medizinsystemen deutlich, indem sie erkennen, dass diese sowohl auf Mikro- (die Akteure) und Meso- (NGOs und andere AIDS-Programme) und Makroebene (Staat und Phänomene wie Transnationalisierung und Globalisierung) miteinander verwoben sind, sich teilweise bedingen, aber auch konträr zueinander verhalten. Es wird deutlich, dass es sinnvoll ist, in einer globalen Welt – wenn möglich – alle Ebenen in die Analysen einzubeziehen. Ferner lernen Studierende, dass Krankheit keinesfalls nur eine physiologisch-biochemische Störung ist, sondern, dass soziale und kommunikative Prozesse eine bedeutsame Rolle spielen.

Insgesamt befruchten sich beide Texte gegenseitig, da sie mit unterschiedlichen Schwerpunkten die Komplexität des Feldes beleuchten. So fokussiert KUTALEK auf die Bedeutung von Krankheitskonzepten und traditioneller Therapie, die sie mithilfe von Auszügen aus transkribierten Gesprächen aufzeigt (S. 113–119). Auch DILGER arbeitet mit Interviewauszügen, betrachtet das Thema jedoch aus anderer Perspektive, indem er die zivilgesellschaftlichen NGOs in den Blick nimmt und davon ausgehend komplexe transkulturelle und

globale Prozesse erläutert. Anhand der Lektüre beider Texte wird deutlich, dass es problematisch ist, kulturalistisch davon auszugehen, dass durch Kultur ein einheitliches Subjekt gebildet und stabilisiert wird, ohne soziale und kommunikative Prozesse zu betrachten (HALL 1999).

Für die Zukunft der medizinanthropologischen Lehre ist es deshalb wichtig, vermehrt Kommunikationsprozesse in den Fokus zu nehmen und diese mittels kommunikationstheoretischer Perspektiven zu betrachten. Kultur wird dann als kommunikativ konstruiert betrachtet, so dass soziale Interaktionsprozesse zwischen Aktanten sowie ihre Einbettung in institutionelle, aber auch transnationale wie globale Dynamiken umfassender beleuchtet werden können.

Literatur

- BIERLICH, BERNHARD 2007. *The problem of Money. African agency and Western Medicine in Northern Ghana*. Oxford: Berg-hahn Books.
- DILGER, HANSJÖRG & HADOLT, BERNHARD 2017. Medizinethnologie. In BEER, BETTINA & FISCHER, HANS (eds). *Ethnologie. Einführung und Überblick*. Berlin: Reimer: 309–329 [orig. 1983].
- DILGER, HANSJÖRG 2012. Targeting the Empowered Individual. Transnational Policy Making, the Global Economy of Aid, and the Limitations of Biopower in Tanzania. In DILGER, HANSJÖRG & KANE, ABDOLAYE & LANGWICK, STACEY (eds). *Medicine, Mobility and Power in Global Africa. Transnational Health and Healing*. Bloomington: Indiana University Press: 60–91.
- HALL, STUART 1999. Cultural Studies. Zwei Paradigmen. In BROMLEY, ROGER & ANG, IEN (eds). *Cultural Studies. Grundlagentexte zur Einführung*. Lüneburg: zu Klampen: 113–138.
- KLEINMAN, ARTHUR 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KUTALEK, RUTH 2013. Krankheit und Gesundheit in Afrika. Aspekte an der Schnittstelle von Anthropologie und Medizin. In GREIFELD, KATARINA (ed). *Medizinethnologie. Eine Einführung*. Berlin: Reimer: 101–129.
- LATOUR, BRUNO 1996. On Actor-network theory. A few clarifications plus more than a few complications. *Soziale Welt* 47,4: 369–382.
- PEUKER, BIRGIT 2010. Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT). In STEGBAUER, CHRISTIAN & HÄUSSLING, ROGER (eds). *Handbuch Netzwerkforschung*. Wiesbaden: VS: 325–335.
- YOUNG, ALLAN 1982. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology* 12: 257–285.

KATHRIN STIEGLER M.A., ist eine Religionswissenschaftlerin und Ethnologin. Sie studierte Religionswissenschaft an der Ludwig-Maximilians-Universität München und schloss ihr Studium dort 2016 mit einem Bachelor of Arts ab. Von 2016 bis 2018 absolvierte sie einen Interdisziplinären Master an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt mit dem Hauptfach Europäische Ethnologie, sowie den Nebenfächern Mittelalterliche Geschichte und Kunstgeschichte/Bildwissenschaften. 2018 graduierte sie dort mit einem Master of Arts. Seit 2019 ist sie Doktorandin am Lehrstuhl für Religionswissenschaft und Interkulturelle Theologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. In ihrer Dissertation analysiert sie das Phänomen Bergsteigen aus einer relational-religionswissenschaftlichen Perspektive. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen an den Schnittstellen von Kommunikation, Relationalität, Sport, Medizin und Religion.

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg,
Lehrstuhl für Religionswissenschaft und Interkulturelle Theologie
Jordanweg 2, 91054 Erlangen
e-mail: kathrin.stiegler@fau.de