

## Überlegungen zum kulturalanthropologischen Beitrag einer „Medizin in Entwicklungsländern“ im Rahmen von Lehrveranstaltungen. Für Hans-Jochen Diesfeld\*

In unseren Überlegungen zu einem kulturalanthropologischen Beitrag einer *Medizin in Entwicklungsländern* gehen wir von der knapp formulierbaren Grundannahme aus, dass Krankheit auch ein Produkt der jeweiligen Kultur und ihrer Träger ist. Die kulturgebundene und kulturspezifische Interpretation von Krank-sein und Sich-Gesundfühlen ist vor allem in der Völkerkunde und in den Sozialwissenschaften entwickelt worden und stellt ein wesentliches Element jedes Versuches dar, eine medizinische Anthropologie zu begründen. Das Erkennen und der Umgang mit Krankheit und dem Krank-sein ist also nicht wesentlich dadurch schon von einer erfolgreichen Heilung gekrönt, wenn ein Erreger erkannt wurde, ein Laborparameter numerisch auf einen Normalwert gesenkt ist, oder eine am Experiment als effizienter Wirkstoff nachgewiesene Droge zum Einsatz gekommen ist. Insofern also stellt sich uns der leidende Mensch nicht nur als eine biologische Einheit dar, deren pathologische Stoffwechselvariablen mit naturwissenschaftlicher Akribie in ihrer ursächlichen Verkettung aufgedröselnt werden: *der leidende Mensch* lebt auch in einer Zeit, er ist in einer historischen Dimension beschreib- und verstehbar, er hat ein Schicksal. Dies ist im Einzelnen so wesentlich und differenziert, dass zwar der Tuberkel oder die Leprabazille allein notwendige Agentien in einer individuellen Lebensgeschichte darstellen, aber diese Agentien noch lange nicht hinreichen, um über Prognose und Therapieerfolg bis zu einer Krankheits-Ausheilung durch Einsatz hochpotenter und neuester Medikamente verbindliche Aussagen machen zu können. Insofern zitieren wir diese Krankheiten als Beispiele, um im Rahmen unseres übergeordneten Themas den *Patienten in seiner Umwelt* zu reflektieren. Zu diesen Bemerkungen möchten wir bei unseren Hörern einen prinzipiellen Konsens unterstellen.

Vorausgesetzt, diese Unterstellung ist richtig, so müssen wir allerdings fragen, wo nun wird die Ausbildung zum Arzt durch die Einsicht der Kulturgebundenheit des Krank-seins und der Krankheiten mitbestimmt, wo – außer in manchen Vorworten der besseren, dickeren Fachbücher – wird der Studierende mit einiger Systematik dahingehend sensibel gemacht, dass er seinen ihm anvertrauten Patienten nicht sofort mittels eines Befundes als „unsere Zystopyelitis“ [eingefügt: *Nieren-Blasen-Katarrh*] dingfest macht? Sie alle wissen, dass die Rückfallquote bei dieser häufigen und z. T. folgenschweren Erkrankung u. U. linear mit der Einsatzfreude „wackerer Antibiotika“ korreliert. Sie haben richtig verstanden – „diese Zystopyelitis“ korreliert u. U. mit der Einsatzfreude „wackerer Antibiotika“. Konkret: Wenn unsere Tante Johanna sich eine Zystopyelitis zugezogen haben sollte – also eine „Zystopyelitis“ ist –, dann ist sprach logischerweise ihr Dr. Redlich eigentlich ein Antibiotikum. Tante Johanna, das muss zur Komplettierung hier referiert werden, ist die Fallvorstellung, die in den letzten fünf Jahren den meisten deutschen Ärzten, die sich für einen Einsatz in einem Entwicklungsland vorbereiteten, demonstriert worden ist. Allerdings weniger als Fall – das liefe gegen die Intention ihres Demonstrators, als auch der heutigen Referenten und des Kurses, in dem man sie kennenlernte. Herr Kollege Aart van Soest vom DIFÄM in Tübingen hat wiederholt zur Einstimmung diese Krankenvignette von Tante Johanna im 7-wöchigen Kursus *Medizin in Entwicklungsländern* referiert, der von den Tropeninstituten Hamburg, Heidelberg und Tübingen seit 1974 ausgerichtet und von den großen deutschen Organisationen der Entwicklungshilfe getragen wird.

Tante Johanna wird protestieren, wenn wir „Krankengeschichte“ sagen. Herr van Soest hat bislang auch von einer Veröffentlichung abgese-

\* Unveröffentlichtes 10-Minuten-Vortragsmanuskript zur X. Tagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft (DTG) in Heidelberg (22. bis 24. März 1979) auf der **Sektion II Freie Vorträge: Patient und Umwelt (Fortsetzung)** am Nachmittag, den 23. März. Das Abstract wurde veröffentlicht: SCHRÖDER, E. & W. BICHMANN (1979). „Überlegungen zum kulturalanthropologischen Beitrag einer Medizin in Entwicklungsländern im Rahmen von Lehrveranstaltungen“ [Contributions of cultural anthropology to teaching sessions on medicine in developing countries]. *Tropenmedizin und Parasitologie* 30, 138–139. Es beinhaltet jedoch die hier erweiterte einführende und annotierte Seite aus dem damaligen Kurs-Ringbuch zum Thema Ethnomedizin (Diesfeld & Schröder, 1978). Es ist ein guter Anlass, an das fast 40 Jahre alte und in unseren Augen auch an heutige Diskurse anschlussfähige Manuskript zu erinnern und es unserem geschätzten Lehrer Hans-Jochen Diesfeld zu seinem 85. Geburtstag zu widmen.

hen. Tante Johanna unterscheidet sich nämlich von den meisten unter uns durch den Altersunterschied von mindestens einer Generation, und sie hat einige Leiden, die sie aber nicht als Krankheit erlebt; und man könnte ihr einige Krankheiten zueignen, wenn sie sich von einem hiesigen Iatros untersuchen ließe. Diese Krankheiten aber würden wahrscheinlich trotz Gabe gebräuchlicher Medikationen nicht behoben werden. Doch da Tante Johanna ihnen nicht gehorchen würde, kann dies hier gar nicht diskutiert werden. Sie hat nämlich eine andere Auffassung über ihren Körper und ihre Gesundheit und den Anspruch, sehr selbständig in der Bestimmung einer Therapieform zu entscheiden, wenn sie dies für geboten hält. Vielleicht haben Sie eine Tante Johanna auch in Ihrer Familie zu Hause. Das kulturelle Milieu – dieser Teil der Umwelt unserer Patientin Tante Johanna – wurde im Kurs unter dem Thema „Ein Mensch fühlt sich krank – Die Patientin und ihre Weltbilder als Herausforderung an die eigene Arztrolle“ aufgearbeitet.

Zurück: Wir möchten hier nicht auf die medizinischen Implikationen, auf die Klimatologie, die Ver- und Entsorgungsprobleme von Trinkwasser bzw. Abfall zu sprechen kommen – diesen Teil der Umwelt sprechen dafür berufenere Kollegen an. Unsere spezifische Frage ist z. B. indes: Warum ist etwa eine Behausung oder eine Kleidergewohnheit einer Kulturgruppe in dieser oder jener Weise so optimal ihrem Klima oder der Geosphäre angepasst, dass Erkrankungshäufigkeiten vergleichsweise gering sind und dass ein Überleben gesichert ist, welches z. B. die Reproduktion garantiert?

Wir möchten solche Fähigkeiten als Kulturprodukte begreifen und den Menschen als Produkt und als Produzent der jeweils ihm eigenen Kultur verstanden wissen. Dieser Aspekt der Umwelt ist also der von uns gemeinte. Insofern ist auch der Bereich, den wir bei uns als Heilkunde oder gar medizinische Wissenschaft beschreiben, aufgehoben in ein durchdachtes, in sich logisch aufgebautes System von Welterkennung und Leben-bewältigen im Rahmen einer Gesamtkultur, im Rahmen eines Weltbildes. Entsprechend ist etwa der Gebrauch einer Droge in einer traditionellen Pharmakopöe dann noch nicht restlos entschlüsselt, wenn eine pharmakologische Wirksamkeit an ihr nachgewiesen werden kann.

Neben den vorher als Thema angesprochenen kulturellen Leistungen optimal angepasster Kulturen müssen auch die Zustandsbilder von Kulturen

untersucht werden, die durch politische oder anders ausgelöste Ursachen bedroht, oder in Not geraten sind. Auch in diesen Fällen ist die Kultur die für das Verstehen in einer historischen Perspektive entscheidende Determinante. Die entscheidende Frage: „Worin liegt die Ursache für eine bestimmte Entwicklung?“ kann nur vor diesem Hintergrund beantwortet werden – und es ist ja die Mehrheit der Zustandsbilder.

Was also sollten Lehrveranstaltungen zur *Medizin in Entwicklungsländern* mit beinhalten? In Anlehnung an den erwähnten Tropenkurs mit diesem Namen, den wir als ersten größeren Versuch charakterisieren möchten, herkömmliche tropenmedizinische Fortbildung in einen praxisnahen und damit ärztlich auch relevanten Rahmen zu stellen – und dies auch didaktisch transparent zu machen –, verstehen wir entsprechend der im Programm formulierten Kursziele als „Medizin in Entwicklungsländern“ diejenige Heilkunde, durch die unter zu beschreibenden Umweltbedingungen im weitesten Sinne ein ärztlicher Entwicklungshelfer sowohl als Mediziner, als auch als Lehrer und Gesundheitserzieher gute Entwicklungshilfe leisten kann, also beitragen kann zu einer bedürfnisorientierten Gesundheitsvor- und -fürsorge im Rahmen eines gegebenen sozio-ökonomischen, kulturellen und entwicklungsstrategischen Milieus.

In den Vorträgen der Kollegen Stöcklin, Sich, Heller sowie Heidegger wird anhand konkreter Einzelstudien bereits dargestellt, dass interkulturelle Kontakt-Barrieren existieren und auch, wie medizinische Weltbilder interferieren oder sogar miteinander unvereinbar sein können. Aus der *ethnomedizinischen Forschung* können wir nicht nur viel lernen, ihre Erkenntnisse sollten auch auf unsere Praxis Einfluss ausüben. Demgemäß werden etwa Wurmkrankheiten nicht primär als Tropenkrankheiten in den Kursen abzuhandeln sein, sondern müssen als ubiquitäre Erkrankungen dargestellt werden, die unter spezifischen ökologischen Gegebenheiten eine spezielle biologische Dynamik aufweisen. Ihre medizinischen Konsequenzen werden sich in Abhängigkeit davon unterscheiden, ob der medizinische Entwicklungshelfer dann im obigen Sinne als Arzt, Lehrer und/oder Gesundheitserzieher gesehen wird.

In diesem Zusammenhang ist das Konzept der Kultur der Armut und der *Armutskrankheiten* sehr entscheidend. Medizin in diesem Bereich verstehen

wir als eine Praxis, die nur mittels eines kulturalanthropologischen Beitrags auch effektive, praktizierte Medizin werden kann.

Wir wollen daher jetzt kurz – und sicher nicht erschöpfend – aufzählen, welche soziokulturellen Bereiche uns wesentlich scheinen, um einem umfassenden Konzept einer Medizin in Entwicklungsländern in Lehrveranstaltungen gerecht zu werden:

1) Der Stadt/Land-Gegensatz und das Problem der Mobilität der Bevölkerung durch Wanderarbeit, Landflucht, mit der damit verbundenen Veränderung des sozialen Status. Morbiditätsvariationen sind u. a. vor diesem Hintergrund zu analysieren.

2) Die Auswirkungen von Innovation und sozialem Wandel auf das einzelne Individuum und sein Kranksein.

3) Das Arzt-Patienten-Verhältnis. Hierzu gehört die Förderung eines Verständnisses der jeweiligen Weltbilder als Lebensmodelle, mit welchen Individuen ihre Nöte und Leiden verarbeiten; ebenso das Einstellungsverhalten der Klienten zu verschiedenen Kategorien heilender Berufe.

4) Die zunehmende Verelendung auf dem Lande und die Lebensbedingungen im Slum in Zusammenhang mit den ökonomischen Hintergründen dieser Bedingungen und ihr Wirken als Faktoren der Morbidität.

5) Die Existenz von therapeutischen Angeboten neben der westlichen Medizin. Die Vorstellung eines „medizinischen Vakuums“ in den nicht von westlicher Medizin erreichten Gebieten muss als ethnozentristische Vorstellung deutlich vermittelt werden.

6) Statusunterschiede innerhalb der Heilberufe verschiedener Gesellschaften. Ihre Kenntnis ist wesentlich für den Erfolg oder Misserfolg geplanter Gesundheitsversorgungsstrategien.

Wir wollen also betonen, dass die Kenntnis der sozioökonomischen und soziokulturellen Zusammenhänge für eine *Medizin in Entwicklungsländern* ungleich wichtiger ist, als die Kenntnis der Klinik klassischer Tropenkrankheiten. Diese und die klassischen Bekämpfungsstrategien dieser Krankheiten können im Rahmen eines solchen Konzeptes für Lehrveranstaltungen keine Priorität per se darstellen. In einem Gegenstandskatalog sind sie auf den Platz epidemiologischer Spezialprobleme der allgemeinen Ökologie zu setzen. Beim skizzierten Vorverständnis einer *Medizin in Entwicklungsländern* resultieren daher als Determinanten der Ge-

sundheitsprobleme gleichwertig neben den naturwissenschaftlich-medizinischen Bedingungen von Krankheit:

- 1) die sozioökonomischen Verhältnisse,
- 2) die historische Entwicklung,
- 3) die administrative Infrastruktur und
- 4) die kulturellen Normen.

Bei der Planung einer optimalen und bedürfnisadäquaten Gesundheitsversorgung dürfen diese sozialmedizinischen Aspekte nicht vernachlässigt werden. Medizinisches Wissen über Entstehung und Verlauf von Krankheiten muss wegen der Unterschiedlichkeit der angesprochenen Determinanten jeweils den lokalen Gegebenheiten angepasst werden. Hierzu dienen als Mittler zwischen eigener und fremder Kultur – zwischen eigener und fremder Medizin – die Methoden und Erkenntnisse der Kulturalanthropologie bzw. der Ethnologie. Dabei ist der kulturalanthropologische Beitrag keineswegs nur als Hilfe bei der Vermittlung der Erkenntnisse der westlichen Medizin anzusehen, sondern er muss auch zur Relativierung unserer westlichen Beurteilungen dienen.

Oft wurde der kulturalanthropologische Beitrag im Zusammenhang mit der intendierten Eingliederung traditioneller Heilkundiger in nationale Gesundheitssysteme zwecks optimalerer Versorgung der Bevölkerung diskutiert. Eine bloße Einbindung traditioneller Heilkundiger als Hilfskräfte unter Supervision der modernen westlichen Medizin, die ja auch kosmopolitische genannt wird, stellt jedoch unserer Meinung nach noch keine Änderung bisheriger medizinischer Praxis in Entwicklungsländern dar. Die Erfahrungen medizinischer Praxis in Entwicklungsländern zeigen deutlich, dass westliche Schulmedizin zwar das notwendige Rüstzeug für eine gute Heilkunde zu liefern vermag, dass ihre Techniken jedoch keineswegs hinreichend sind, dem leidenden Menschen gerecht zu werden. Da dies nicht nur auf die Praxis der Medizin in Entwicklungsländern zutrifft, wünschen wir uns alle für das berühmte Jahr 2000, dass unsere Medizin bis dahin einen Weg gefunden hat, auch den Bedürfnissen der Menschen gerecht zu werden. Ob dazu medizinische Lehrveranstaltungen mit dem von uns skizzierten Inhalt etwas beitragen können, wollen wir hier offen lassen.

EKKEHARD SCHRÖDER, Heidelberg  
WOLFGANG BICHMANN, Berlin