



Healthy Diversity

IO2: Medizinische Anthropologie – Reader

Dieser Reader möchte dem/der LeserIn eine Einführung in das Fachgebiet der medizinischen Anthropologie geben. Es soll gezeigt werden, auf welche Weise sich medizinische Anthropologie mit interkulturellen Praktiken, Abläufen und Arbeitsweisen im Gesundheitswesen beschäftigt, welche Fragen sich dabei stellen und welche Erkenntnisse aus der Perspektive dieser Disziplin gewonnen werden können. Dabei soll das Handbuch nicht als Einführung in die medizinische Anthropologie an sich verstanden werden, sondern als Leitfaden für Personal im Gesundheitsbereich dienen und verdeutlichen, welche Bedeutung Kultur für ihre Arbeit hat.

Der Reader ist so aufgebaut, dass er unabhängig von anderen Produkten des Healthy Diversity Projekts gelesen werden kann. Er verweist aber auch auf andere Ergebnisse innerhalb und außerhalb des Healthy Diversity Projekts – ein gemeinsames EU-Projekt, das die Perspektiven von sechs europäischen ProjektpartnerInnen auf Gesundheitswesen, Interkulturalität und medizinische Anthropologie zusammenführt.

*Die Unterstützung dieser Publikation durch die Europäische Kommission stellt keine Befürwortung der Inhalte dar, die nur die Ansichten der AutorInnen reflektiert. Die Kommission kann für den allfälligen Gebrauch der Informationen dieser Publikation nicht verantwortlich gemacht werden.

Inhaltsverzeichnis

1 EINE KURZE EINFÜHRUNG IN DIE MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE ODER: WAS HAT KULTUR MIT MEDIZIN ZU TUN?	3
1.1 DAS ZIEL DIESES READERS.....	3
1.2 KULTUR IM KONTEXT VON HEILUNG/HEILUNG IM KONTEXT VON KULTUR	4
1.3 BEISPIELE DER MEDIZINISCHEN ANTHROPOLOGIE.....	10
2 SCHLÜSSELFRAGEN DER MEDIZINISCHEN ANTHROPOLOGIE – REZENSIONEN	13
2.1 UNGLEICHHEITEN IM GESUNDHEITSBEREICH: ZUGANGSSCHWIERIGKEITEN	13
2.1.1 <i>Komplexe Verstrickungen: Migration und Gesundheit in Österreich</i>	13
2.1.2 <i>Selbstselektive Mechanismen: institutionelle Krankheitskarrieren bei der Behandlung von Arterienerkrankungen (Arteriosclerosis obliterans) – der Fall der Roma</i>	20
2.2 GESUNDHEIT UND INTERSEKTIONALITÄT	29
2.2.1 <i>Intersektionalitätstheorie zur Erforschung der Multidimensionalität von Ungleichheit und Differenz</i>	29
2.2.2 <i>Frauen und Mütter: Die Bedeutung ihrer Vulnerabilität im Zuge von Migrationsbewegungen ...</i>	38
2.3 KULTURELLE UND SOZIALE UNTERSCHIEDE IM EMPFINDEN VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT.....	45
2.3.1 <i>Stechende Schmerzen? Ein brennendes Herz? Kulturelle Variationen des Schmerzempfindens...</i>	45
2.3.2 <i>Wahrnehmung der Chagas-Krankheit und Reaktion darauf in einem nichtendemischen Land: eine multidisziplinäre Studie</i>	49
2.4 MEDIZINISCHER PLURALISMUS	57
2.4.1 <i>Warum ist alternative Medizin so beliebt und was lernen wir über das europäische Gesundheitssystem in einer chinesischen Klinik?.....</i>	57
2.4.2 <i>Indigene und biomedizinische Krankheitsbegriffe: Ein komplementärer Ansatz zur HIV-/Aids-Prävention in Mosambik.....</i>	63
2.5 WENN GESUNDHEITSPERSONAL KULTURELLEN UNTERSCHIEDEN GEGENÜBERSTEHT.....	70
2.5.1 <i>Gesundheitspersonal und wie es PatientInnen aus verschiedenen ethnischen Gruppen wahrnehmen.....</i>	70
3 „SENSITIVE ZONES – ZONEN ERHÖHTER VERLETZLICHKEIT“: DIE RELATIVIERUNG VON UNIVERSALITÄTEN	78
3.1 DER KÖRPER IN EINER INTERKULTURELLEN PERSPEKTIVE	78
3.2 DIE SOZIALE KONSTRUKTION VON GESCHLECHT.....	86
3.3 STERBEN, TRAUERN UND RITUALE, DIE DAS LEBENSENDE BEGLEITEN IN VERSCHIEDENEN KULTUREN	98
4 IMPRESSUM	105

1 Eine kurze Einführung in die medizinische Anthropologie oder: Was hat Kultur mit Medizin zu tun?

1.1 Das Ziel dieses Readers

Der Reader möchte in das Feld der medizinischen Anthropologie einführen und verschiedene Wege aufzeigen, wie sich diese Disziplin mit interkulturellen Praktiken, Abläufen und Arbeitsweisen im Gesundheitswesen beschäftigt. Trotz dieser Zielsetzung soll der Reader nicht als Einführung in die medizinische Anthropologie verstanden werden, sondern als Leitfaden für Personal im Gesundheitsbereich, der die Bedeutung kultureller Faktoren für ihre Arbeit aufzeigt.

Dieses Dokument ist so aufgebaut, dass es unabhängig von anderen Produkten, die im Rahmen des Healthy Diversity Projekts entwickelt wurden, gelesen werden kann. Es verweist besonders auf das erste Produkt des Healthy Diversity Projekts, das „Handbuch der Kritischen Erlebnisse“.

Das Handbuch der Kritischen Erlebnisse ist eine Zusammenstellung von kleinen Fallstudien über Konflikte und kulturelle Unterschiede in der Arbeit im Gesundheitsbereich. Wir haben diese Fälle analysiert und zentrale Dimensionen herausgefiltert, die sich in vielen Konfliktsituationen wiederfinden. Diese Dimensionen berühren universale, menschliche Themen wie Geschlechterverhältnisse, Familie, Körper, Vorstellungen von Leben, Tod, Krankheit und Wohlbefinden, Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft – um nur ein paar zu nennen. Wir nennen diese Dimensionen „sensitive zones – Zonen erhöhter Verletzlichkeit“.

Bei der Analyse der Konfliktsituationen haben wir herausgefunden, dass sich Konflikte im Gesundheitsbereich besonders häufig mit Bezug auf bestimmte Dimensionen entzünden. Das Problem mit diesen universellen Themen ist, dass sie in verschiedenen Kulturen unterschiedlich interpretiert werden. In Konfliktsituationen prallen diese unterschiedlichen Interpretationen vielfach aufeinander, da uns üblicherweise die Variabilität von Vorstellungen

und Praktiken nicht bewusst ist und die eigene Interpretation als die einzig gültige betrachtet wird.

Um zu beweisen, wie vielfältig gesundheitsbezogene Vorstellungen und Praktiken sein können, laden wir den/die LeserIn hier in diesem Reader zu einer Reise durch Raum und Zeit ein: Wir wählen einige der betroffenen Dimensionen und präsentieren ihre kulturelle Variabilität, während wir verschiedene Weltregionen besuchen und unser eigenes europäisches Erbe thematisieren. In thematisch geordneten Unterkapiteln vermitteln wir einen Einblick in die unterschiedlichen Zonen erhöhter Verletzlichkeit und ermutigen den/die LeserIn, die eigene Position zu hinterfragen.

Dieser Reader besteht aus drei Teilen. Die Einleitung in Kapitel 1 – abseits von einer Leseanleitung – bietet eine einführende Erklärung des Kultur-Konzepts, das wir verwenden.

Kapitel 2 enthält detaillierte Rezensionen von Texten aus dem Bereich medizinischer Anthropologie, die in den sechs Partnerländern verfasst wurden: Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Italien, Österreich und Ungarn. Obwohl diese Texte notwendigerweise die soziale Realität der Länder, aus denen die AutorInnen stammen, reflektieren, transzendieren sie lokale Problematiken. Die Themen der einzelnen Texte können aufeinander bezogen werden.

Kapitel 3 widmet sich einzelnen Zonen erhöhter Verletzlichkeit, die für die Arbeit im Gesundheitsbereich besonders relevant sind.

Wir hoffen, dass die LeserInnen den Reader nicht nur lehrreich finden, sondern auch spannend zu lesen!

Das Projektteam aus Österreich

Agnes Raschauer, Katharina Resch, Christina Weißenböck

1.2 Kultur im Kontext von Heilung/Heilung im Kontext von Kultur

Die Kultur- und Sozialanthropologie stellt mit Kultur eine nicht leicht fassbare Kategorie ins Zentrum, während sich Medizin mit dem körperlichen Ausdruck des Wohlbefindens von Menschen beschäftigt.

Wie können diese unterschiedlichen Disziplinen in einen Dialog treten und welche Vorteile bringt dieser mit sich?

Um die Frage zu beantworten, muss **Kultur** selbst definiert werden. Die Kultur- und Sozialanthropologie bietet keine allgemein gültige Definition. Es ist keine Übertreibung zu sagen, dass es so viele Konzepte von Kultur gibt, wie es Kultur- und SozialanthropologInnen im Feld gibt. Die meisten Kultur- und SozialanthropologInnen würden immer noch zustimmen, dass Kultur mehr oder weniger wie eine Linse ist, durch die Menschen das Universum betrachten, das sie umgibt. Während Einzelpersonen diese Linse mehr oder weniger fertig von ihrer Referenzgruppe (oder ihren -gruppen) übernehmen, existiert die Linse selbst nicht abseits des Menschen. Die Linse, durch die Menschen ihre Umwelt wahrnehmen, ist gleichzeitig Produkt ihres Handelns. Dieses Paradoxon wird durch die Netzmetapher von Clifford Geertz ausgedrückt: Der berühmte amerikanische Ethnologe vergleicht die Menschen mit einem „Tier, das in dem von ihm selbst gesponnenen Netz aufgehängt ist“. Wie für die Spinne macht für den Menschen das Universum nur vom seinem Blickpunkt aus Sinn.

Aber Kultur ist nicht nur in den Köpfen der Menschen, sie wird auch in Handlungen übersetzt. Sie wird sichtbar durch Verhaltensweisen, die wir als Menschen voneinander lernen. Es mag auf den ersten Blick irritierend wirken, dass es kein menschliches Verhalten gibt, das nicht erlernt ist. Wenn die Menschen Teil der natürlichen Welt sind, und das sind sie ohne Frage, dann müssen doch zumindest einige unserer Verhaltensweisen angeboren sein. In der Tat macht das eine Besonderheit der menschlichen Spezies aus: Auch unsere scheinbar natürlichsten Handlungen – essen, trinken, fortpflanzen, gebären, krank werden und sterben – sind durch kulturelle Normen gefärbt, die wir im Zuge der Sozialisation erlernen.

Bedeutet das, dass alle individuellen Verhaltensweisen notwendigerweise kulturelle Verhaltensweisen sind? Dies ist im Gesundheitsbereich eine sehr relevante Frage, weil die Übergänge zwischen Normalität und Abweichung, Krankheit oder individuellen Merkmalen fließend sind. Es gibt aber auch Verhaltensweisen, die keinen Gruppenmustern folgen: Die Geschichte von Mogli mag ein Märchen sein, aber es gibt tatsächlich ein paar dokumentierte Fälle von wilden Kindern, die in einer Höhle oder in der Wildnis ohne menschliche Gesellschaft aufgewachsen sind. Kaspar Hauser ist eines dieser Kinder. Er und andere hatten kein kulturelles Modell, dem sie folgen hätten können, sodass wir in ihren Fällen nicht von Sozialisation sprechen können. Nachdem Kaspar entdeckt worden war und sich der

menschlichen Gemeinschaft anschloss, lernte er mit seinen Mitmenschen zu sprechen und zu interagieren – auch wenn er aufgrund seiner fehlenden primären Sozialisation nie wie die anderen wurde. Kultur ist der Sprache ähnlich. Es ist eine angeborene Fähigkeit, kulturelle Normen zu lernen und zu verinnerlichen, aber die Funktionsfähigkeit ist an das Lernen einer bestimmten kulturellen Grammatik gebunden. Und dafür sind wir auf andere angewiesen.

Es existieren noch andere Ausnahmen, wo Einzelpersonen Distanz zu ihrem kulturellen Umfeld wahrnehmen. Autistischen Kindern kann kulturelles Lernen aufgrund von Schwierigkeiten, mit ihrer Umgebung zu interagieren, erschwert werden. Ebenso können bestimmte psychische Erkrankungen Verhaltensweisen hervorbringen, die kulturell nicht akzeptiert werden. Die individuelle Kombination von Präferenzen schafft individualisierte, spezifische Muster, die außergewöhnlich bleiben, da sie für keine Gruppe charakteristisch sind. Diese Ausnahmen verstärken jedoch nur die Norm – indem sie als Ausnahmen herausgestellt werden. Kultur zieht die Konturen der Normalität in einer bestimmten Gruppe. Alles, das außerhalb oder in den Grenzbereichen liegt, gilt als außergewöhnlich, ungewöhnlich, regelwidrig oder abnormal. In letzter Instanz ist es die Gruppe, die eine Verhaltensweise oder einen Glaubenssatz als akzeptabel oder nicht akzeptabel, normal oder abnormal sanktioniert.

An dieser Stelle wird Kultur für die Medizin, die Pflege und andere Berufe im Gesundheitsbereich sehr wichtig. Das Gesundheitssystem hat die Aufgabe, das Wohlbefinden der Menschen aufrechtzuerhalten oder zu steigern, und Wohlbefinden wird in jeder Gesellschaft entlang von Gruppenregeln definiert. Was in der heutigen Zeit als Fettleibigkeit gilt, war das Schönheitsideal in der Zeit der Venus von Milo. Was für den/die einen pathologisch aussieht, mag für andere Leute normal sein. In einer multikulturellen Gesellschaft ist die Unterscheidung zwischen Krankheit, kultureller Norm und Eigenart für jedeN eine ständige Herausforderung. Für Angehörige der Gesundheitsberufe steht bei einem solchen Dilemma noch mehr auf dem Spiel: Buchstäblich können Leben und Tod von der richtigen Diagnose abhängen.

Das Buch von Anne Fadiman (1997) über den Fall eines laotischen Kindes, das in den USA wegen Epilepsie behandelt wurde, ist ein gutes Beispiel für die hohe Relevanz von Kultur in der Medizin. Diese wahre Geschichte beschreibt, wie kulturelle Missverständnisse zwischen der Familie und Personal im Gesundheitsbereich zu einer Fehlbehandlung und schließlich zum

Tod des Kindes führten. Glücklicherweise enden nicht alle kulturellen Missverständnisse so dramatisch. In den meisten Fällen enden sie an dem Punkt, an dem der/die PatientIn oder das Personal (oder beide) frustriert und verärgert sind. Aber es ist wichtig zu erkennen, dass Kooperation und Vertrauen zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen/Angehörigen immer die Grundvoraussetzung für eine effektive Heilung bilden.

Aus diesem Grund ist es ein elementares Interesse von Personal im Gesundheitsbereich, die Fähigkeit zu entwickeln, kulturelle Muster zu erkennen und diese von Abweichung, krankhaften Veränderungen oder individuellen Merkmalen zu unterscheiden. Krankheiten mögen mit verschiedenen Mitteln bekämpft und geheilt werden, aber kulturelles Verhalten oder kulturelle Erwartungen können nicht so leicht verändert werden. Wenn kulturelle Unterschiede Spannungen verursachen, sind Verständnis, Toleranz und Aushandlung der beste Weg, um Eskalationen zu vermeiden.

Wir nennen die Fähigkeit, diese Potentiale zu mobilisieren, interkulturelle Kompetenz. Interkulturelle Kompetenz ist nicht nur für Personal im Gesundheitsbereich wichtig, weil sie ihnen dabei helfen kann, unnötige Konflikte während ihrer Arbeit zu vermeiden, sondern weil sie sie davor schützen kann, Fehldiagnosen zu stellen und unwirksame Eingriffe vorzunehmen.

Eine der von uns gesammelten Fallgeschichten stammt von einer Physiotherapeutin, die von einer älteren weiblichen Roma-Patientin erzählt. Als die Patientin im Zuge ihrer Genesung mit Rehabilitation im Krankenhaus beginnen sollte, bat die Physiotherapeutin den Ehemann der Frau, Unterhosen und Jogginghosen ins Krankenhaus zu bringen. Schließlich ist es nicht möglich, physiotherapeutische Übungen in einem Nachthemd zu machen. Der Mann brachte einen langen Rock ins Krankenhaus. Die Physiotherapeutin bat ihn erneut, Unterhosen und Jogginghosen zu bringen – mit dem gleichen Ergebnis. Mittlerweile hatte die Physiotherapeutin begonnen, sich zu weigern, mit der Patientin zu arbeiten. Die Geschichte hätte so fortgesetzt werden können, wenn die Physiotherapeutin nicht die Idee gehabt hätte, sich an die Tochter der Patientin zu wenden. Die Tochter erklärte, dass ihr Vater die Unterhosen seiner Frau niemals berühren würde und ihre Mutter sicher keine Hose zu Hause hätte. In der traditionellen Romakultur gilt alles, was dem unteren Teil des Körpers angehört, als unrein, weswegen die Berührung der Unterhosen einen Normverstoß bedeutet hätte. Außerdem besaß die Patientin eben keine Jogginghose, die der Ehemann bringen hätte können. Sein Zuwiderhandeln ist also insofern nicht als Weigerung zu interpretieren. Eine

Lösung der Situation konnte durch die Vermittlung der Tochter gefunden werden, wodurch mit der Therapie begonnen werden konnte.

Dieses Beispiel zeigt, wie Wissen über kulturelle Spezifika beziehungsweise das Bewusstsein darüber, dass Vorstellungen und Praktiken sich unterscheiden können, die Arbeit von Personal im Gesundheitsbereich erleichtern können.

Gleichzeitig ist es auch wichtig, zu bedenken, dass Kultur kein abgeschlossener Behälter ist, in den wir hineingeboren werden und in dem wir bis zum Ende unseres Lebens bleiben. Kultur ist vielmehr wie ein Rucksack, den wir unser Leben lang mittragen und laufend mit neuen Dingen füllen oder aus dem wir auch Dinge entfernen beziehungsweise verlieren können. Man kann sich Kultur auch als einen Rahmen vorstellen: Wie alle Rahmen ist dieser zu einem bestimmten Zeitpunkt fest fixiert, aber während des Lebens kann er sich ändern, er kann sich weiten oder schrumpfen. Aus diesem Grund bevorzugen wir es, in Bezug auf Personen von ihrem kulturellen Bezugsrahmen zu sprechen anstatt von ihrer Kultur.

Ein Bezugsrahmen stellt kein geschlossenes System ohne Ausweg dar. Er ist nicht homogen und erlaubt Widersprüche. Ein Bezugsrahmen – genau wie die Linse – hilft uns, die Welt zu verstehen. Was die Physiotherapeutin daran hindert, ihre Roma-Patientin zu verstehen, ist ihr eigener Bezugsrahmen, in dem es normal ist, dass eine Frau eine Jogginghose trägt oder dass ein Mann die Unterwäsche seiner Frau berühren darf. In dieser Geschichte geht es nicht darum, dass ein kulturelles System mit der Normalität zusammenstößt, sondern vielmehr um den Konflikt zwischen zwei verschiedenen Normalitäten. Das Ersetzen des Wortes „Kultur“ mit „kulturellem Bezugsrahmen“ verhindert, dass der/die jeweils andere in das Kulturbehältnis eingeschlossen wird.

Eine andere Fallgeschichte unterstreicht diese Gefahr. Eine Ordinationsassistentin in Österreich ist mit dem schockierenden Verhalten eines Patienten, den sie als Ungar identifiziert, konfrontiert. Als der Patient aufgefordert wird, eine Urinprobe zu geben, beginnt er, direkt vor ihr im Wartezimmer zu urinieren. Um sich dieses irritierende Verhalten zu erklären, greift die Ordinationsassistentin zu Kulturalisierung: Für sie rührt die Fremdheit des Verhaltens des Patienten aus der Tatsache, dass er Ungar ist. Diese Art, Kultur aufzurufen, hilft nicht wirklich, den/die andere zu verstehen. Vielmehr kann Kultur dabei zu einem Code werden, der Vorurteile verdeckt und Stereotype verstärkt. Kultur als singuläre Erklärung für

Verhalten heranzuziehen kann für eine Beziehung genauso schädlich sein, wie das Ignorieren des kulturellen Referenzrahmens der anderen Person.

Im Zuge von solchen Konfliktsituationen steckt das Personal im Gesundheitswesen in der Tat in der Zwickmühle. Wie sollen sie sich in einer so komplizierten Situation korrekt verhalten? Wir glauben, dass der erste Schritt zum Verständnis von anderen über das Verständnis der eigenen Person führt. Der Ausgangspunkt für ein Nachvollziehen des Bezugsrahmens von anderen ist die Erkenntnis, dass unser eigener Bezugsrahmen genauso hinterfragbar ist, wie jeder andere. Der Versuch, den Bezugsrahmen von anderen zu rekonstruieren, erfordert Geduld und die Fähigkeit der Relativierung. Die Mobilisierung von ethnografischem Wissen kann dabei ein nützliches Instrument sein, um Fragen zu stellen. Ebenso wichtig sind Empathie, Aufmerksamkeit, Beobachtung und die Fähigkeit, sich auf andere einzulassen.

Bei genauerer Betrachtung sind diese Fähigkeiten nicht nur nützlich, um PatientInnen aus *anderen* Kulturen zu behandeln. Ein Verständnis für die Position, von der aus der/die PatientIn spricht und das Aufdecken von Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund unterschiedlicher Einstellungen, Erwartungen, gegenseitiger Identitätsbedrohung (um nur einige mögliche Ursachen von scheinbar unverständlichen Konflikten zu erwähnen) erleichtern die Arbeit mit jedem Patienten/jeder Patientin. Unser Ansatz fokussiert weniger kulturspezifische Behandlungsansätze, sondern eher den Menschen an sich. Die Neupositionierung des Menschen mit all seinen Komplexitäten in der Mitte des Gesundheitssystems erfordert weitere Anstrengungen, einschließlich der Relativierung des Wahrheitsanspruchs des biomedizinischen Gesundheitsmodells. Relativierung bedeutet nicht, dass dieses für ungültig erklärt wird, im Gegenteil: Es ermöglicht die Übertragung seiner Vorteile auf andere Systeme im Gesundheitswesen, wo auch immer diese Vorteile wissenschaftlich bewiesen sind, während sie erlauben, in den Dialog mit anderen Systemen zu treten, wo auch immer ein solcher Dialog Ergebnisse verbessern kann.

Behandlungsansätze, die sich auf den Menschen an sich richten, fordern auch echtes soziales Engagement von allen Personen, die im Gesundheitsbereich arbeiten. Ein Fokus auf Kultur sollte das Personal im Gesundheitsbereich nicht blind gegenüber sozialen Ungleichheiten machen. Das Kultur-Konzept, das wir vertreten, umfasst jegliche Vielfalt, nicht nur die gängigsten ethnischen oder religiösen Variationen, die als gegeben gesehen werden. Die Bewegung weg von Kultur, hin zu der Vorstellung von kulturellen Bezugsrahmen ermöglicht

es, alle Faktoren und Bedingungen zu berücksichtigen, die die Position einer Person bestimmen, einschließlich ihres sozialen Status. Wo auch immer diese Faktoren Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsversorgung und in der Qualität von Versorgung hervorbringen oder vertiefen, ist das interkulturell geschulte Personal im Gesundheitsbereich gefordert, sich dagegen zu stellen.

1.3 Beispiele der medizinischen Anthropologie

Die bislang skizzierten Überlegungen werden nicht nur von uns angestellt. Die in dieser Einleitung aufgeworfenen Fragen stehen vielmehr im Zentrum der medizinischen Anthropologie als Wissenschaftsdisziplin. Dem/Der LeserIn können dazu empirische Beweise vorgelegt werden. In den sechs Partnerländern des Healthy Diversity Projekts haben wir Forschungsarbeiten im Bereich medizinischer Anthropologie aus den vergangenen zehn Jahren untersucht. Wir recherchierten ethnografisch fundierte Fallstudien – theoretische Arbeiten oder Handbücher wurden aus der Sammlung ausgeschlossen. Die meisten Dokumente, Bücher und Artikel, die wir in bei unserer Recherche gefunden haben, können einer oder mehreren der folgenden Kategorien zugeordnet werden:

- Verständnis und Erklärung der strukturellen Ursachen von gesundheitlichen Ungleichheiten
- Verständnis, wie unterschiedliche Identitäten und vor allem die Kombination verschiedener unterbewerteter Identitätsmerkmale zu gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen
- Verständnis kultureller und sozialer Variationen im Erleben von Gesundheit und Krankheit
- Verständnis der Unterschiede zwischen bestimmten Gesundheitssystemen und deren Wechselwirkungen
- Verständnis der Schwierigkeiten von Gesundheitsfachkräften in multikulturellen Gesellschaften und der widersprüchlichen Anforderungen, die sie erfüllen müssen

Das zweite Kapitel, **Schlüsselfragen der medizinischen Anthropologie – Rezensionen**, folgt dieser Themenabfolge. Im Unterkapitel **2.1 Ungleichheiten im Gesundheitsbereich:**

Zugangsschwierigkeiten werden ein Text aus Ungarn und einer aus Österreich vorgestellt. Der Artikel aus Österreich behandelt die Bedeutung von Migrationserfahrung für Gesundheit. Er fokussiert Zugangsbarrieren zu Gesundheitsinstitutionen, aber auch generelle strukturelle Probleme, die stärker wirken als kulturelle Unterschiede. Der Artikel aus Ungarn befasst sich mit Krankheitskarrieren von PatientInnen, die an Aortenstenose erkrankt sind und analysiert gesundheitliche Unterschiede zwischen Roma- und Nicht-Roma-PatientInnen.

Das Unterkapitel **2.2 Gesundheit und Intersektionalität** präsentiert zwei Artikel zu Intersektionalität – dem Zusammenspiel unterschiedlicher Diversitätsdimensionen. Das Beispiel aus Großbritannien diskutiert die Verwendung der Intersektionalitätstheorie zur Erforschung der Multidimensionalität von Ungleichheit und Differenz. Der Artikel aus Italien untersucht die Gesundheitssituation von Müttern mit Migrationshintergrund und zeigt, wie die Kombination der Faktoren Migration, Geschlecht und Mutterschaft die Vulnerabilität erhöht.

Das Unterkapitel **2.3 Kulturelle und soziale Unterschiede im Empfinden von Gesundheit und Krankheit** beschäftigt sich mit kulturellen Unterschieden im Erleben von Krankheit und Schmerzen. Die Chagas-Krankheit kommt ursprünglich nicht in Italien vor, sondern in Mittel- und Südamerika, findet sich mittlerweile aber häufig bei in Italien lebenden lateinamerikanischen MigrantInnen. Sie wird sowohl als „ethnische“ Krankheit gesehen als auch als Kennzeichen von Armut. Dieses Kennzeichen hat einen Einfluss darauf, wie die Betroffenen die Krankheit erleben. Die Arbeit von Kohnen (2009) zur Wahrnehmung von Schmerzen unterstützt ebenso den Eindruck, dass somatische Wahrnehmungen bis zu einem gewissen Grad kulturell gebunden sind. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die Erfahrung von Schmerz unter anderem von gelernten Mustern abhängt, die sinnstiftend fungieren.

Im Unterkapitel **2.4 Medizinischer Pluralismus** geht es um Situationen, in denen verschiedene medizinische Modelle in einem Kultursystem existieren. In diesen Fällen entscheiden sich PatientInnen mitunter strategisch zwischen den verfügbaren Behandlungen, die sie nicht selten auf unterschiedliche Weise kombinieren. Das ungarische Beispiel zeigt eine Ethnografie einer chinesischen Klinik in Budapest, die von UngarInnen besucht wird. Die zweite Studie veranschaulicht gleichermaßen Interventionen im Gesundheitsbereich in Nordafrika, im Bereich der HIV-/AIDS-Prävention mithilfe einer Fallstudie aus Mosambik.

Im Fokus des letzten Kapitels **2.5 Wenn Gesundheitspersonal kulturellen Unterschieden gegenübersteht** steht die Perspektive der Fachkräfte im Zentrum. Für britisches Gesundheitspersonal ist das Erleben von Unterschieden vielfach problematisch und mit der Angst verknüpft, unsensibel oder inkompetent zu agieren, wenn sie sich mit als fremd wahrgenommenen kulturellen Gruppen befassen.

Das dritte Kapitel **Sensitive Zones – Zonen erhöhter Verletzlichkeit** enthält drei kleine Unterkapitel: Jedes von ihnen zeigt konkrete ethnografische Beispiele für Zonen erhöhter Verletzlichkeit, die unser Team am häufigsten in interkulturellen Konflikten innerhalb des Gesundheitswesens gefunden hat. Die Themen sind:

- Geschlecht
- Körper
- Tod und Sterben

Literaturhinweise

- Fadiman, A. (1997): *The Spirit Catches You and You Fall Down. A Hmong Child, her American Doctors, and the Collision of two Cultures.* New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Kohnen, N. (2009): *Feeling and coping with pain in different cultures.* In: Kutalek, R.; Prinz, A. (Hrsg.): *Essays in Medical Anthropology. The Austrian Ethnomedical Society after Thirty Years.* Wien: LIT Verlag GmbH: 321–328.

2 Schlüsselfragen der medizinischen Anthropologie – Rezensionen

Die folgenden neun Rezensionen – in fünf thematische Kapitel unterteilt – stellen die jüngsten wissenschaftlichen Diskussionen in der medizinischen Anthropologie in den sechs ausgewählten Ländern in Bezug auf unseren zentralen Bereich Gesundheit und interkulturelle Gesundheitsversorgung dar. Zunächst wurde in allen Partnerländern in den Landessprachen eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt, die zu zehn bis zwölf Texten pro Land mit kurzen Kommentaren führte. Danach wurde eine sorgfältige Auswahl der hier aufgenommenen Texte vorgenommen. Diese Auswahl kann in nachfolgendem Teil unseres Readers nachgelesen werden.

2.1 Ungleichheiten im Gesundheitsbereich: Zugangsschwierigkeiten

2.1.1 *Komplexe Verstrickungen: Migration und Gesundheit in Österreich*

Verfasst von Agnes Raschauer, Österreich

Quellenangabe

Kutalek, R. (2009): Migration und Gesundheit: Strukturelle, soziale und kulturelle Faktoren. In: Six-Hohenbalken, M.; Tošić, J. (Hrsg): Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Wien: facultas wuv: 302–321.

Einleitung: Migrationserfahrung und Fragen der Gesundheitsversorgung

Inwiefern erweist sich Migration für gesundheitsbezogene Fragen relevant? Migration und Gesundheit sind auf vielfältige, komplexe Weise verknüpft. Ruth Kutalek greift in ihrem Text auf eine Vielzahl von Studien (eigene Forschungen sowie Sekundärdaten) zurück, um zu analysieren, wie kulturelle Barrieren die medizinische Versorgung beeinflussen können. Sie zeigt auf, dass es wichtig ist, bei der Gesundheitsversorgung auf kulturelle Faktoren zu achten,

aber auch, strukturelle Konstellationen zu hinterfragen. Die Herausforderungen, die damit verbunden sind, wenn Personen mit Migrationshintergrund Einrichtungen des Gesundheitswesens nutzen, werden oft kulturellen Unterschieden zugeschrieben, während sie eigentlich von allgemeinen Problemen auf struktureller Ebene herrühren. Zum Beispiel werden Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Ärzten/Ärztinnen und PatientInnen regelmäßig auf eine geringe Sprachkompetenz der MigrantInnen zurückgeführt. Allerdings ist ein geringes Ausmaß an Kommunikation aufgrund von Zeitmangel Alltag in Krankenhäusern. Es ist keine „migrationspezifische“ Frage, sondern ein allgemeines Problem, das in den Fällen deutlicher zutage tritt, in denen auch Sprachunterschiede relevant werden. Kutalek verabschiedet sich von einer Perspektiven, in der MigrantInnen als spezielle Interessensgruppe gesehen werden. Vielmehr argumentiert sie, dass im Gesundheitswesen Änderungen auf der strukturellen Ebene erforderlich sind, die nicht nur PatientInnen mit Migrationshintergrund, sondern der breiten Öffentlichkeit zugutekommen würden.

Auch wenn das in öffentlichen Debatten häufig anders dargestellt wird, ist Migration keine neue Entwicklung in Europa. Vielmehr ist Migration ein konstitutives Element der europäischen Geschichte und führt zu dem, was die Autorin „multiethnische Realität“ nennt (302).¹ Im Text problematisiert Kutalek das gängige Vorurteil „MigrantInnen“ konstituierten eine homogene Einheit. Sie erklärt, dass das Etikett „MigrantIn“, gleich welches Klassifikationssystem verwendet wird – nach nationalem, sozialem oder ethnischem Hintergrund, Zeitpunkt der Zuwanderung etc. – immer eine heterogene Gruppe von Menschen bezeichnet, deren einzige Gemeinsamkeit oft nur die ist, dass sie als Minderheit gelten. Darüber hinaus hängt die spezifische Migrationserfahrung oft mit anderen sozialen Dimensionen wie Geschlecht oder Alter zusammen, wodurch sich auch diejenigen Phänomene, die gemeinhin als Migrationsprobleme wahrgenommen werden, unterscheiden.

¹ Dennoch unterliegt Migration auch zeitspezifischen Dynamiken, zum Beispiel die Gründung der Europäischen Union resultierte in spezifischen Migrationsmustern, die es davor nicht gegeben hat, auch weil sich rechtliche Bestimmungen ändern. So unterscheiden sich die Formen der Interaktion zwischen Migration und Gesundheit auf Basis der weltgesellschaftlichen und historischen Kontexte, in denen sie stattfinden.

Zugang zu Gesundheitseinrichtungen

Nach Bollini und Siem (1995) kann der Zugang des österreichischen Gesundheitssystems zu MigrantInnen als „passiv“ bezeichnet werden. Das heißt, dass von staatlich-institutioneller Seite davon ausgegangen wird, dass Menschen mit Migrationshintergrund Dienstleistungen und Gesundheitseinrichtungen in Anspruch nehmen, aber es gibt keine Vorstellung davon, dass dieser Prozess die Dienstleistungen und Institutionen selbst verändert. Daher finden sich keine systemischen Antworten auf „multiethnische Realität“, wie zum Beispiel Dienstleistungen, die auf die Bedürfnisse von MigrantInnen zugeschnitten sind, oder Bestrebungen, Barrieren, mit denen MigrantInnen im Zugang zu Gesundheitsinstitutionen konfrontiert sind, zu reduzieren. Kutalek schlägt vor, dass Krankenversicherungen und MigrantInnengemeinschaften in einen gemeinsamen Dialog treten, um Lösungen für strukturelle Fragen zu finden. Zum jetzigen Zeitpunkt finden solche Diskussionen vielfach ohne VertreterInnen von MigrantInnengemeinschaften statt.

In Österreich sind Menschen mit Migrationserfahrung, die versuchen, Zugang zu Gesundheitseinrichtungen zu erhalten, mit **sozialen, wirtschaftlichen, kommunikativen und kulturellen Barrieren** konfrontiert. Zunächst gibt es selten gezielt auf Menschen mit Migrationshintergrund zugeschnittene Gesundheitsinitiativen, Präventivmaßnahmen, Rehabilitationsmaßnahmen oder psychiatrisch-psychotherapeutische Dienstleistungen. Viele MigrantInnen erleben eine hohe Zugangsschwelle zu Gesundheitseinrichtungen. Ein Grund dafür ist, dass sie nicht darüber informiert sind, wie die Institutionen funktionieren und wohin sie sich mit einer bestimmten Erkrankung wenden können. Zweitens spiegelt sich eine allgemeine Abwertung von MigrantInnen, die in vielen europäischen Ländern eine soziale Tatsache ist, auch im Gesundheitssystem wider, was zu direkter und indirekter Diskriminierung führt.

Wissen über Migration und Gesundheit: fehlende Daten – komplexe Erklärungen

Viele europäische Länder, auch Österreich, erheben sehr wenige Daten, die den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund, ihren Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen erfassen. Das gleiche gilt für viele in Österreich lebende kulturelle und nationale Minderheiten. Was die Situation weiter verkompliziert, ist, dass Gesundheit und Wohlbefinden **von einer Vielzahl von**

Faktoren abhängig sind, die auf komplexe Weise interagieren. Zum Beispiel ist Armut ein entscheidender Faktor, der den Gesundheitszustand einer Person beeinflusst. Das Armutsrisiko ist für MigrantInnen höher als für die österreichische Gesamtbevölkerung. Doch auch wenn MigrantInnen und in Österreich geborene Personen mit demselben sozioökonomischen Hintergrund verglichen werden, ist der Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund schlechter.

Die Autorin analysiert verschiedenen Studien über MigrantInnen mit unterschiedlichen nationalen Hintergründen, die heute in Österreich und Deutschland leben. Sie zeigt auf, dass inkonsistente Befunde vorliegen, weswegen es schwierig ist, allgemeine Aussagen über den „Gesundheitszustand von MigrantInnen“ zu treffen. Um diese Widersprüche aufzulösen, plädiert sie für die gezielte Adressierung von Menschen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsbefragungen und für die getrennte Auswertung statistischer Ergebnisse nach Migrationsstatus, was in keinem europäischen Land gängige Praxis ist.

Kutalek unterstreicht das Potenzial der Kultur- und Sozialanthropologie für die Identifizierung von Konfliktfeldern zwischen verschiedenen AkteurInnen im Gesundheitswesen – nicht auf der Grundlage von statistischen Daten, sondern von Erzählungen und Berichten der Menschen selbst. Kultur- und Sozialanthropologisches Datenmaterial eignet sich für die Analyse der spezifischen Barrieren, mit denen MigrantInnen im Gesundheitswesen konfrontiert sind, aber auch für die Beurteilung dessen, ob die Herausforderungen auf kulturelle, soziale oder strukturelle Faktoren zurückzuführen sind.

Körperkonzepte: Normen des körperlichen Kontakts, Ausdruck von Schmerzen

Auf der Grundlage von Forschung, die die Autorin zum Zugang von türkischen MigrantInnen zu Gesundheitsdienstleistungen in Wien durchgeführt hat (Kutalek 2009), erklärt Kutalek, dass kulturelle und religiöse Vorstellungen häufig ausgespart werden – sowohl bei der Interaktion zwischen Fachpersonal und PatientInnen als auch in Bezug auf Fragen des Managements der Gesundheitseinrichtungen. Gleichzeitig sind gerade diese Vorstellungen für die medizinische Praxis hoch relevant. Man denke etwa an **Normen, die den physischen Kontakt regeln**, und die beeinflussen, wie die Berührung eines Fremden – die in der Regel Teil der ärztlichen Untersuchung ist – erlebt wird. Zum Beispiel ist das Händeschütteln eine gängige Form der Begrüßung in Österreich. Während Personal im Gesundheitsbereich versucht, Barrieren zu

reduzieren, indem sie die Hände ihrer PatientInnen schütteln, könnte dieses Begrüßungsritual bei einigen PatientInnen Unbehagen erhöhen. Fromme Musliminnen mögen sich etwa dabei unbehaglich fühlen, einen fremden Mann zu berühren. Normen hinsichtlich des physischen Kontakts gründen sich auf Vorstellungen von Scham und auf Körperbilder. Die medizinische Praxis berührt diese Normen und Bilder im wahrsten Sinne des Wortes auf vielfältige Weise: durch eine Untersuchung, durch die Berührung von einem Arzt/einer Ärztin im Laufe einer Behandlung (während der Anamnese, während der Operation, während der Wundversorgung), beim Ausziehen usw. Darüber hinaus **beeinflussen Vorstellungen über den Körper und seine Funktionsweise, wie wir Schmerzen und Leiden beschreiben und ausdrücken.**

Bei der Durchführung der Studie über den Zugang türkischer MigrantInnen zu Gesundheitsdiensten beobachteten Kutalek und ihr Team folgende Begegnung in einem Wiener Krankenhaus:

„Eine Patientin mit türkischem Migrationshintergrund suchte die Ambulanz eines Krankenhauses auf. Sie deutet auf ihr Herz und erklärt dem Arzt: ‚Hier brennt es.‘ Der Arzt missversteht sie zunächst und meint, dass sie Herzbeschwerden hat. Als die Patientin sich offenbar nicht verstanden fühlt und plötzlich zu weinen beginnt, ist der Arzt sehr erstaunt und bittet die Projekt-Interviewerin, zu übersetzen. Es stellte sich heraus, dass die Patientin einfach ausdrücken wollte, dass sie ein ‚gebrochenes Herz‘ hat und darunter sehr leide.“ (309)

Kutalek erklärt, dass der Ausdruck von Schmerzen von Person zu Person unterschiedlich ist, gleichzeitig unterliegt er kulturell spezifischen Ausdrucksweisen. Die Mitteilung von Schmerz und Leiden basiert auf kulturellen Werten und der jeweils spezifischen Art und Weise, die Welt zu interpretieren. Personal im Gesundheitsbereich in Wien wird aus Sicht der westlichen Medizin geschult und sehen Schmerzen als lokal eingrenzbares Phänomen. In anderen kulturellen Traditionen wird Schmerz aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachtet, als etwas, das den gesamten Körper betrifft. Ausdruck und Mitteilung von Schmerzen beruht auf grundlegenden kulturellen Konzepten, aber auch auf Dingen wie Sprachkompetenz und den Ausdrucksmöglichkeiten, die einE PatientIn besitzt, um zu vermitteln, was los ist.

Dies wird durch ein anderes Beispiel veranschaulicht, das Kutalek skizziert. Sie beschreibt eine Frau, die unter Rheumatismus leidet, die jedes Mal, wenn sie zur Behandlung kommt, mit

einem anderen Arzt/einer anderen Ärztin konfrontiert wird. Sie erlebt große Schwierigkeiten bei der Kommunikation, weil sie jedes Mal bei null beginnen muss und bei der Beschreibung ihrer Beschwerden nicht auf eine vorherige Begegnung und die persönliche Kenntnis ihres Falles aufbauen kann.

In einer anderen qualitativen Studie in Wien mit Schwerpunkt auf türkische Frauen mit Migrationshintergrund und ihrem Zugang zu Gesundheitseinrichtungen sind mangelnde verbale Kommunikationsmöglichkeiten, was Kutalek „Sprachlosigkeit“ nennt, zwischen Patientinnen und MitarbeiterInnen eine wichtige Problematik. Die Unmöglichkeit, adäquat zu kommunizieren, wird nicht nur von den Patientinnen, sondern auch von den pflegenden MitarbeiterInnen als problematisch wahrgenommen. Unterschiede in den Konzepten von Schmerz, den Normen des körperlichen Kontakts oder bei Scham erweisen sich als besonders problematisch, wenn Patientinnen den Fachkräften ihre Vorstellungen nicht mitteilen können. Dieser **Mangel an gegenseitigem Verständnis** verursacht Frustration auf beiden Seiten.

Conclusio: Soziale, kulturelle und strukturelle Barrieren entflechten

Kutalek stellt die Behauptung auf, dass Probleme innerhalb des komplexen Zusammenspiels von Migration und Gesundheit oftmals weniger auf kulturellen Unterschieden beruhen, sondern in erster Linie durch **strukturelle Probleme** verursacht werden, zum Beispiel durch einen Mangel an DolmetscherInnen. In Übereinstimmung mit diesem Argument stellt die Autorin fest, dass Aspekte wie Diskriminierungserfahrungen, Zeitdruck bei der Behandlung oder hierarchische Krankenhausstrukturen bei der Gestaltung von Interaktionen im Gesundheitswesen viel mächtiger sind als kulturelle Barrieren jemals sein könnten. So schlägt sie vor, vorsichtig bei der Überbetonung von kulturellen Unterschieden zu sein und die Heterogenität der PatientInnen mit Migrationshintergrund zu vernachlässigen.

Darüber hinaus argumentiert sie für die vermehrte Anwerbung von in Österreich lebenden MigrantInnen der zweiten Generation für Gesundheitsjobs. Das kann zudem als Maßnahme im Rahmen institutionellen Diversitätsmanagements interpretiert werden. Auch sollten die Institutionen zunehmend die Kompetenzen ihrer transkulturellen MitarbeiterInnen nützen. Des Weiteren sollte Personal im Gesundheitsbereich sowie Lehrende an Universitäten und medizinischen Fakultäten in kultureller Sensibilität geschult werden.

Auf einer Systemebene plädiert Kutalek für eine Hinwendung des Gesundheitssystems zu einem aktiven Ansatz. Dieser kann etwa die Entwicklung und den Ausbau von Dolmetschdiensten und niederschwelligen Gesundheitsangeboten oder die Auflage von mehrsprachige Informationsbroschüren in Gesundheitsinstitutionen beinhalten. Es würde aber auch eine Verbesserung der sozialen Bedingungen, unter denen Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich leben, bedeuten.

Literaturhinweise

- Bollini, P.; Siem, H. (1995): No Real Progress Towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000. In: *Social Science and Medicine* 41/6: 819–828.
- Cakan, N. (2007): Türkische Migrantinnen und ihr Zugang zum Gesundheitssystem. Diplomarbeit. Medizinische Universität Wien.
- Kutalek, R. (2009): Türkische MigrantInnen und ihr Zugang zum Gesundheitssystem in Wien. Unveröffentlichter Projektbericht. Österreichische Hochschuljubiläumsstiftung.

2.1.2 *Selbstselektive Mechanismen: institutionelle Krankheitskarrieren bei der Behandlung von Arterienerkrankungen (Arteriosclerosis obliterans) – der Fall der Roma*

Verfasst von Attila Dobos, Ungarn

Quellenangabe

Antal, Z. L. (2004): A „kisebbségi” és a „többségi” betegutak sajátos vonásai (Besonderheiten der Pfade von „Minderheits-“ und „Mehrheits-“ PatientInnen, übers. CW). In: Társadalomkutatás 22 (2–3): 335–366.

Einleitung

Diese Studie beschäftigt sich mit den Merkmalen der Beziehung zwischen **Roma-PatientInnen** (hier als „Minderheit“ bezeichnet) und den DienstleisterInnen aus der „Mehrheits“-Bevölkerung in Gesundheitseinrichtungen in Ungarn. Der Schwerpunkt liegt auf den **kulturellen Elementen** dieser Merkmale. Diese Studie basiert auf einer Arbeit, die ursprünglich 1984 von demselben Autor verfasst wurde. Für diese Studie entwickelten er und seine KollegInnen an der Ungarischen Akademie der Wissenschaften eine spezielle **Umfrage zur Analyse von Krankheitskarrieren**. Mittlerweile handelt es sich dabei um eine anerkannte Methode zum besseren Verständnis von Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Eine der Schlüsselkomponenten dieser Methode ist es, den Weg von PatientInnen mit identischen Erkrankungen ab dem ersten Kontakt mit einem Arzt/einer Ärztin durch **ausführliche Interviews** zu untersuchen. Die Forschung von Antal befasste sich mit Aortenstenose (Arteriosclerosis obliterans), einer typischen arteriellen Erkrankung, die tödlich enden kann.

Die vorliegende Studie hätte ursprünglich dieselbe Methode verwenden sollen wie jene aus dem Jahr 1984, konnte dies jedoch aus zahlreichen, im Artikel näher erläuterten Gründen nicht tun. Während der Vorbereitungsphase der Forschung konnte der Autor durch Interviews in Krankenhäusern, Besuche auf Stationen, auf denen Arterienerkrankungen behandelt wurden und Feldforschung im Verwaltungsbezirk Szabolcs-Szatmár-Bereg, eines der am meisten benachteiligten Gebiete in Ostungarn, relevante Informationen sammeln, um damit die Analyse fortzuführen.

Der Ausgangspunkt

Die ursprüngliche Intention war, die erste Studie nach mehr als 20 Jahren zu wiederholen, um zu erkennen, wohin sich die Krankheitskarrieren entwickelt hatten und ein neues Bild von der Situation zu gewinnen. Die ursprünglichen Fragen waren: **Wie finden die PatientInnen ihren Weg** bis zur Gesundung im Labyrinth des öffentlichen Gesundheitssystems, das im Prinzip frei zugängliche und für alle gleiche Versorgung zur Verfügung stellt? Abgesehen von der Förderung eines gesundheitsbezogenen Lebensstils, **gibt es für das Gesundheitswesen noch weitere Möglichkeiten, um den Gesundheitszustand dieser PatientInnen zu verbessern?** Basierend auf den Anforderungen der Methode der Krankheitskarrierenanalyse wurde die Erkrankung **Aortenstenose** gewählt, da diese 1) eindeutig identifiziert werden kann; es 2) verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gibt; 3) die meisten PatientInnen alle drei Ebenen der Gesundheitsversorgung durchlaufen: Hausarzt/-ärztin, ambulante und stationäre Behandlung im Krankenhaus. Die Idee war, einen Eindruck über die Faktoren zu erhalten, die einen Einfluss auf die Krankheitskarrieren haben, abgesehen von der Krankheit selbst. Die wichtigsten **Ergebnisse** der Studie: Es gab **sehr begrenzte Möglichkeiten für Behandlungen auf hohem Niveau** und nur diejenigen PatientInnen erhielten sie rechtzeitig, die erfolgreich die unsichtbaren „Verkehrsregeln“ zur Bewegung im Gesundheitssystem erkannt und verstanden hatten. Die Kenntnis der Regeln hing stark von **sozialem und ökonomischem Kapital** ab. Unter dem Schleier des „freien und fairen“ Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen wirkten **sehr starke Selektionsmechanismen**, die in der aktuellen Studie fokussiert werden – innerhalb einer bestimmten Minderheitengruppe, und zwar der Roma-Gemeinschaften.

Veränderungen in den letzten zwanzig Jahren

Was hat sich **in den letzten zwei Jahrzehnten verändert**, was die Wiederholung der Studie unmöglich gemacht hat? Die Gründe lassen sich in zwei Bereichen verorten: in der Behandlung der Aortenstenose und im Kontext von Ethnizität.

Erstens, haben sich im Bereich der Gesundheitsversorgung – in Bezug auf Aortenstenose – die möglichen Krankheitskarrieren radikal verändert: Sowohl Ärzte/Ärztinnen als auch PatientInnen können **die Krankheit jetzt viel schneller feststellen**, sodass länger dauernde Umwege selten vorkommen. Zweitens, aufgrund technologischer Fortschritte in der Medizin

stehen **mehr Hilfsmittel, Behandlungen und Möglichkeiten** zur Verfügung, um PatientInnen auch in öffentlichen Krankenhäusern zu behandeln. Darüber hinaus haben sich diese Möglichkeiten mit dem massiven Aufkommen von privaten DienstleisterInnen drastisch erhöht, einschließlich der Rückkehr von früher verbotenen Anwendungen **komplementärer/alternativer Medizin**. Drittens hat sich die **finanzielle Struktur** mit der **Umsetzung des DRG-Ansatzes (Diagnosebezogener Fallgruppen-Ansatz, engl. Diagnosis Related Groups)** radikal verändert, der die Krankenhausleistungen über Fallpauschalen abrechnet. In der medizinsoziologischen und gesundheitsökonomischen Literatur ist die Auswirkung eines solchen Systems auf die Krankenhäuser und ihre Ärzte/Ärztinnen mittlerweile bekannt. Dementsprechend sind die Krankenhäuser dadurch gefordert, mehr Menschen, möglicherweise mit schweren Erkrankungen, innerhalb ihrer Institution zu behandeln, um zusätzliche Gelder zu erhalten. Als Folge erhöhen sich die Gesamtausgaben des Staates für Gesundheit. Wichtiger ist jedoch, dass damit nicht immer den Interessen der PatientInnen gedient wird: Vor zwanzig Jahren war es eindeutig dem Patienten/der Patientin zuzuschreiben, wenn er/sie bis zur Gefäßchirurgie vorgedrungen ist. Heute ist das nicht mehr so klar. Mit dem Auftreten dieses offenen Selektionsmechanismus ist auch die **Sorgfalt und Treffsicherheit einer Therapie (und der Krankheitskarriere) nicht mehr eindeutig**. Aus diesen Gründen sind **das Netz der Krankheitskarrieren und die Verkehrsregeln darin viel komplizierter geworden** und schwieriger zu erschließen, sowohl für PatientInnen als auch für ForscherInnen.

Noch ernstere **Schwierigkeiten sind im Bereich der Ethnizität aufgetaucht**. Die detaillierte Analyse der als ethnisch klassifizierten Unterschiede stand bei der ersten Studie nicht im Mittelpunkt des Interesses. Die Wiederholung der ersten Forschung begründete sich vor allem durch die verstärkte Aufmerksamkeit auf diese Aspekte der Gesundheitsversorgung. Paradoxerweise wurde es, da ethnisch-kulturelle Fragen in den Vordergrund gerückt sind, immer **schwieriger, ethnische Unterschiede zu erforschen und zu erfassen**. Grundsätzlich macht es die große Menge der Literatur und Forschung zu Roma schwer, einen allgemeinen Rahmen zu finden. Darüber hinaus verkomplizieren politische Überlegungen aufgrund der schweren und oft emotionalen Debatten zwischen verschiedenen Schulen und Ansätzen in diesem Feld das Bild. Umgang mit Roma-PatientInnen im ungarischen Gesundheitssystem hat

des Weiteren an Brisanz gewonnen, nachdem verschiedene Skandale in öffentlichen Krankenhäusern bekannt geworden sind, zum Beispiel getrennte Entbindungsstationen.

Alles in allem haben die Veränderungen in den letzten zwanzig Jahren dem Autor verunmöglicht, die Studie auf die gleiche Weise durchzuführen. Der historische Vergleich war jedoch von großem Nutzen, um die selektiven Mechanismen weiter zu analysieren.

Auf den sich verändernden Krankheitskarrieren der arteriellen Erkrankung

Wie oben erwähnt, sind medizinische Fortschritte und Veränderungen in der Finanzierung von Krankenhäusern die beiden Hauptquellen der Veränderung der Krankheitskarrieren. Die erste beinhaltet die Erweiterung der Möglichkeiten der Heilung der Krankheit, die zweite führte zu einem neuen System von Interessen und Beteiligungen von Ärzten/Ärztinnen mit Auswirkungen auf die Beziehung zu PatientInnen.

Erweiterte Möglichkeiten

Eine der bedeutendsten Entwicklungen in der staatlichen Gesundheitsversorgung war die weit verbreitete Umsetzung der sogenannten „Dotter-Technik“ in der Gefäßradiologie, die als ambulante Operation zur Reinigung der Arterien an einem Tag durchgeführt werden kann, anstelle von gravierenderen und viel anspruchsvolleren stationären Operationen. Aber das ist nur eine kleine Sache, verglichen mit den Leistungen in der privaten und in der komplementären/alternativen Medizin: **etwa zwanzig „neue“ Behandlungen sind für Aortenstenose verfügbar.**

Im Zentrum des Interesses steht heute die Antwort auf die Frage: „**Wer** bekommt **welche Art** von Behandlung?“ Während die Frage zuvor darauf beschränkt war, „wer war darin erfolgreich, die angemessene Behandlung zu bekommen?“. Offensichtlich gibt es **erhebliche Unterschiede zwischen** den verfügbaren Verfahren in Bezug darauf 1) wie anstrengend es jeweils für den Patienten/die Patientin ist, 2) welche Nebenwirkungen es geben kann, 3) wie viel es kostet und schließlich 4) wie effektiv die Behandlung ist. Dem Autor zufolge können diese erweiterten Möglichkeiten dazu führen, die neuen selektiven Mechanismen klarer zu sehen. Es existieren **keine vorgefertigten Pläne** für die PatientInnen, um ihren Weg einfacher zu machen, und zusätzlich ist es **schwierig, zuverlässige Informationen** über die Wirksamkeit

der Behandlung zu erhalten. Dies kann als intensivierete **soziale Einbettung der Genesung** angesehen werden kann. Alle massiven Veränderungen, die in der ganzen Gesellschaft stattfanden, haben einen großen Einfluss auf die Krankheitskarrieren dieser einzelnen Krankheit. Um nur einige zu nennen: Es gibt mehr Möglichkeiten, zu reisen, und eine Behandlung außerhalb von Ungarn zu suchen; der Allgemeinheit stehen bessere Ressourcen zur Erhöhung ihrer Gesundheitskompetenz zur Verfügung, was zugleich auch die Nutzung von alternativen Behandlungen verbessert und die medizinische Weltanschauung hat sich auch für andere Behandlungen als die operative, d. h. ergänzende/alternative Medizin geöffnet.

DRG-Finanzsystem

Das finanzielle System hat erhebliche Auswirkungen darauf, wie viele PatientInnen eine Behandlung auf einem bestimmten Weg erhalten. Eines der wichtigsten Ergebnisse der DRG-basierten Veränderung ist die Möglichkeit, **konkurrierende und gegensätzliche Interessen im öffentlichen Gesundheitswesen** zu haben, was die Interessen der PatientInnen oft verletzt. Nach der Überprüfung der neuen Therapien und der Übersicht über grundlegende epidemiologische Daten über Aortenstenose berichtet der Autor zwei Beispiele der oben genannten Phänomene. *Fibrinolyse* ist eine präventive Technik zum Abbau von Blutgerinnseln, könnte aber viel weniger „Belohnung“ und Finanzmittel für ein Krankenhaus nach sich ziehen als Amputation. Somit wird das System in Richtung Amputation gelenkt. Darüber hinaus, obwohl es erhebliche klinische Beweise gibt, dass bei Unterschenkelamputationen eine viel niedrigere Sterblichkeit vorherrscht als bei Oberschenkelamputationen, ist für die erste aufgrund des längeren Nachsorgezeitraums weniger Finanzierung vorhanden als für das „konkurrierende“ Verfahren. Dadurch steuern Krankenhäuser in Richtung der für die PatientInnen eigentlich schlechteren Therapie. Mit anderen Worten: Das Interesse des Krankenhauses wird somit dem der PatientInnen übergeordnet. Wegen der finanziellen Schwierigkeiten des öffentlichen Gesundheitssystems verliert dieses immer mehr PatientInnen, deren Bedarfsniveau das übersteigt, was das öffentliche Gesundheitssystem anbieten kann.

Der Fall der Roma

Leider gibt es nur eine Handvoll Studien, die die **sensiblen Situationen bei der Behandlung von Roma-PatientInnen in Gesundheitseinrichtungen** beachtet haben. Gleich nach der Durchführung von Interviews mit PatientInnen aus dieser Gruppe wurde dem Autor klar, dass es **frappierende kulturelle Unterschiede** zwischen Angehörigen der Mehrheit und Angehörigen von Minderheiten gibt, die zu Spannungen führen können. Er konzentrierte sich bei seiner Forschung deswegen auf die Fragen 1) **warum diese Spannung so oft Gestalt annimmt** und 2) **welche Lösungen von den verschiedenen AkteurlInnen entwickelt wurden, um diese Spannung aufzulösen.**

Nach der Auseinandersetzung mit der Literatur über die Roma-Kultur fasst der Autor die wichtigsten Merkmale zusammen, die er in Bezug auf die Probleme und Barrieren mit Einrichtungen des Gesundheitswesens gefunden hat. Zu Beginn verdeutlicht er seinen Standpunkt in der bekannten Debatte: Gibt es eine Roma-Kultur oder handelt es sich um eine Kultur der Armut und des sehr niedrigen sozioökonomische Status, über die wir sprechen? Er folgt hier einigen bekannten ForscherInnen in diesem Feld und meint, dass es, **ohne Zweifel, so etwas wie eine „Romakultur“ gibt**, die den Roma dabei half, über Jahrhunderte zu überleben. Die wichtigsten Erkenntnisse sind:

Vielleicht entsteht das wichtigste Merkmal einer „Minderheitenkultur“ genau aus ihrer Minderheitenposition: Ein **sehr starker Gruppenzusammenhalt** musste entwickelt werden, um für das Überleben gegen die Mehrheitsansprüche zu kämpfen. Jedes Wissen, jede Erfahrung, die das Leben der Nachkommen erleichtert, musste mit der Kraft eines Gesetzes ausgestattet werden. **Diese inneren „Gesetze“ widersprachen oft** den Gesetzen der Mehrheitsbevölkerung, weswegen die Gruppe nur durch das Umgehen von kodifizierten Gesetzen überleben konnte, was die sozialen Bindungen in der Gruppe weiter verstärkte.

Ein weiteres wichtiges Element könnten **die vorherrschenden Werte des Lebens** sein, die das Referenzsystem prägen: weniger Streben nach Gütern wie Dingen und Symbolen des Komforts, wie bessere Autos, schönere Häuser usw., dafür **mehr Inspiration, um das Leben einfach, mit starken Empfindungen** von Freude und Trauer zu leben, dabei den eigenen Traditionen folgend. Diese Haltung des „einfach leben“ widerspricht oft der Lebensweise von Fachkräften im Gesundheitswesen.

Allerdings ist in dieser Hinsicht ein zentrales Merkmal der Roma-Kultur sicherlich das **beständige Gefühl, von der Mehrheitsbevölkerung bedroht zu werden**. Es gibt eindeutige Spuren dieses Bedrohungsgefühls in den Gebräuchen, die Kultur- und SozialanthropologInnen bei ihrer Feldforschung in Roma-Gemeinschaften immer wieder vorgefunden haben. Die Ängste entstammen wahrscheinlich dem nomadischen Lebensstil, sind jedoch nach der Sesshaftwerdung geblieben. Beim bekannten belgischen Anthropologen Luc de Heusch heißt es: Es ist, als **wären Roma kontinuierlich in einem „Belagerungszustand“** und würden von diesem ausgehend ihr Verhalten zur Außenwelt entwickeln. Im institutionellen Handeln des Gesundheitswesens ist das Vertrauen zwischen dem/der DienstleisterIn und dem Patienten/der Patientin ein Schlüsselement des Erfolgs. Daher stellt mangelndes Vertrauen eine eindeutige Schwierigkeit bei der Versorgung von Roma dar.

Roma-PatientInnen im Gesundheitswesen

Im Anschluss an die oben erwähnten Argumente ist es verständlich, warum Roma Einrichtungen des Gesundheitswesens als „gefährliche Orte“ ansehen können. Behandlungsprozesse sind an sich bereits eine schwierige Angelegenheit aufgrund der Abhängigkeit eines/einer leidenden Patienten/Patientin von einem/r Experten/Expertin. Darüber hinaus findet die Behandlung **in einer Einrichtung der angsteinflößenden Mehrheit** statt, wo deren Regeln vorherrschen. Roma-PatientInnen können einen **Mangel an Kontrolle über die Dinge und Instrumente, mit denen sie in Kontakt kommen**, empfinden, sodass sie nie sicher sein können, was von der „Gadjo“ besudelt ist und was man problemlos berühren kann. Krankenhäuser sind besonders riskante Orte, an denen Sterben und Gebären stattfinden – zwei gefährliche, verunreinigende Handlungen, entsprechend des kulturellen Deutungsrahmens.

In der Studie von Antal (2004) zeigte sich eine interessante Tatsache: **Die Prävalenz der Aortenstenose ist sehr selten, und diejenigen, die mit Gliedmaßenamputation konfrontiert sind, sind noch seltener** in der Roma-Bevölkerung (trotz des hohen Anteils an RaucherInnen), verglichen mit der Mehrheitsbevölkerung. Es gibt mehrere Erklärungsversuche für diese Tatsache: Der „Immer-unterwegs“- und „Gehen“-Lebensstil hat präventive Effekte; Armut könnte mit einem niedrigeren Cholesterinspiegel zusammenhängen; die Komorbidität von Lungen- und Kehlkopfkrebs hat eine verzerrende Wirkung auf diese Daten. Eine Antwort auf

die Frage, warum Roma Amputation als Behandlung ablehnen, liegt in den Wurzeln der Romakultur selbst, kann aber auch mit dem generell späten Aufsuchen des Arztes/der Ärztin Verbindung gebracht werden.

Selektive Mechanismen

Das auf Gleichheit gerichtete Gesundheitssystem produziert eindeutig soziale Unterschiede. **Besser Gestellte haben bessere Chancen auf eine schnelle Genesung** und ihre Versorgung ist qualitativ hochwertiger. Wie gestaltet sich die Situation nun bei denjenigen, die einen ähnlichen sozioökonomischen Status haben: den Mittellosen der Mehrheitsgesellschaft und der Roma-Bevölkerung? Frühere Studien behaupteten, dass es keinen markanten Unterschied hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes gibt, auch wenn die Situation der Roma besonders ist. Zum Beispiel **hängt in beiden Gruppen der späte Besuch des Arztes/der Ärztin eindeutig vom Ausmaß der Schmerzen ab**: Nur beträchtliches Leiden kann die soziale Distanz überwinden. Eine andere Erklärung ist der Mangel an Wissen über die Konsequenzen von späten Behandlungen. Allerdings gibt es einen klaren Nachteil für die Minderheitengruppe, die hier als selektiver Mechanismus wirkt: **HausärztInnen weigern sich oft, Roma in ihren Häusern zu besuchen**. Diejenigen, die gute persönliche Beziehungen und Kontakte auf der Krankenhausebene haben, finden ihren Weg zu besseren Behandlungen jedoch meistens in großen Zentren.

Die Schwäche der Minderheitenposition kann geringfügig durch den familiären und gemeinschaftlichen Zusammenhalt in Form von Informationsaustausch und emotionaler Unterstützung kompensiert werden. Menschen der Mehrheitsbevölkerung mit dem gleichen sozioökonomischen Status kommen nicht in den Genuss solcher Unterstützung, sodass sie sich in dieser Hinsicht in einer schlechteren Situation befinden können.

Zusammenfassung

Die größte Schwierigkeit bei der institutionellen Interaktion zwischen Roma-PatientInnen und GesundheitsdienstleisterInnen ist die **gegenseitige Angst** voreinander. Diese entstammt der Minderheitenposition und beeinflusst das Verhalten von Personal im Gesundheitsbereich. Vor allem Familienärzte/-ärztinnen, diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und SanitäterInnen berichteten über Angst in diesen Situationen. Andere Faktoren wie

Direktzahlungen, Gesundheitskompetenz – obwohl in dieser Studie nicht direkt untersucht wurden – stellen ebenfalls starke selektive Mechanismen dar.

Literaturhinweise

- de Heusch, Luc (1966): A la découverte des Tsiganes: une expedition de reconnaissance. Bruxelles: Ed. de L'Institut de Sociologie. de L'Université Libre: 34–49.

2.2 Gesundheit und Intersektionalität

2.2.1 Intersektionalitätstheorie zur Erforschung der Multidimensionalität von Ungleichheit und Differenz

Verfasst von Suki Rai, Großbritannien

Quellenangabe

Fish, J. (2008): Navigating queer street: Researching the intersections of lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) identities in health research (Navigieren auf der „queer“-Straße: Erforschung der Überkreuzungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans (LGBT) Identitäten in der Gesundheitsforschung, übers. CW). In: Sociological research online, 13(1)12.

Einleitung

GesundheitsforscherInnen tendieren dazu, Unterschiede hinsichtlich Gesundheit und im Gesundheitswesen aus einer heterosexuellen Perspektive heraus zu sehen und anzunehmen, dass sich die Situation für lesbische, schwule, bisexuelle oder trans (LGBT) ähnlich gestaltet. Dabei werden die Erfahrungen von Menschen mit Behinderung, *disabled*, *black and minority ethnic (BME)*² und anderen marginalisierten Gruppen nicht berücksichtigt. Julie Fish betrachtet in der hier vorgestellten Studie die Intersektionalitätstheorie und wie verschiedene Identitäten und Unterdrückungssysteme miteinander gekoppelt sind. **Intersektionalität betrachtet die Multidimensionalität von Ungleichheit und Differenz.**

Die Autorin führt **drei Konzepte der Intersektionalität** ein – **methodologisches, strukturelles und politisches** – um etwa zu erforschen, wie das Lesbisch-Sein von Klasse und Gender

² Im englischen Originaltext wird die Begrifflichkeit „black and minority ethnic“ verwendet und in der Folge mit „BME“ abgekürzt. Formen von Zugehörigkeit sind spezifisch für den jeweiligen gesellschaftlichen Kontext, in dem sie existieren und können nicht gesondert von diesem betrachtet werden. Dies drückt sich auch in der Verwendung der Begrifflichkeiten aus, die etwa in diesem Fall nicht ohne weiteres ins Deutsche zu übertragen sind. Deswegen wird im Text weiterhin die englischsprachige Begrifflichkeit BME beibehalten.

durchdrungen ist und wie sich Rassismus und Heterosexismus im Leben von BME-Personen überschneiden.

In frühen feministischen Analysen und Theorien wurde Geschlecht³ als eine allgemeine Kategorie bei der Analyse von Unterdrückung betrachtet. Dabei wurde jedoch vielfach wenig Aufmerksamkeit auf BME-Frauen oder Frauen aus der Arbeiterklasse gelegt. Die Intersektionalitätstheorie wurde entwickelt, um die Exklusion von schwarzen Frauen aus feministischer Theorie und Forschung zu adressieren. Intersektionalitätstheorie behauptet, dass **Geschlecht und *race*⁴ nicht unabhängig voneinander analysiert werden können und es gleichzeitig auch nicht ausreicht, sie schlicht zu „addieren“.**

Der Begriff Intersektionalität stammt von Kimberlé Crenshaw. Crenshaw zog die Metapher einer Straßenkreuzung heran, um auf die Multidimensionalität von Ungleichheit und Differenz hinzuweisen:

„Intersektionalität zeigt sich, wenn eine Frau aus einer Minderheitengruppe ... versucht, auf der Hauptkreuzung der Stadt zu fahren ... Die Hauptstraße ist die ‚Rassismusstraße‘. Eine Querstraße kann Kolonialismus sein, dann Patriarchatsstraße ... Sie muss sich nicht nur mit einer Form der Unterdrückung beschäftigen, sondern mit allen Formen ...“ (Crenshaw zit. n. Yuval-Davis, 2006: 196, übers. CW).

Feministinnen verwenden die Intersektionalitätstheorie, um die **Beziehungen zwischen *race*, Geschlecht und Klasse in Bezug auf (unter anderem) Gesundheit zu betrachten.**

Die Studie von Julie Fish befasst sich mit der Bedeutung von Intersektionalität als Werkzeug, um LGBT-Forschung und -wissen zu produzieren. Zunächst untersucht sie die Vorstellung von angenommenen Ähnlichkeiten und die Art und Weise, wie dies LGBT-Gemeinschaften „homogenisiert“ hat. Im Anschluss daran zeigt sie auf, welche Möglichkeiten sich durch Intersektionalitätstheorie bieten.

³ Im Englischen wird *gender* verwendet, der Begriff, der im Unterschied zu *sex* auf die sozialen Komponenten von Geschlecht verweist.

⁴ Da es für das englischsprachige Wort „*race*“ keine deutschsprachige Entsprechung gibt, und es zudem auf ein spezifisches Klassifikationsschema verweist, das sich auf Großbritannien und seine Geschichte bezieht, wird es in diesem Text nicht übersetzt.

Heteronormative Diskurse über homogene Homosexuelle aufbrechen

Frühe feministische Forschung versuchte, Frauen als eine Klasse darzustellen und zeigte Unterschiede nur zwischen Männern und Frauen auf. In ähnlicher Weise hat frühere Forschung versucht, herauszufinden, wie sich die gesundheitlichen Bedürfnisse der LGBT-Gemeinschaft von den gesundheitlichen Bedürfnissen der heterosexuellen Gemeinschaft unterscheiden. Dadurch wurden Ähnlichkeiten innerhalb der Gruppen hervorgehoben, während Unterschiede verdeckt wurden.

Obwohl es einige Erfolge bei der Bestimmung der LGBT-Gruppe als sozialer Kategorie gab, wurden Unterschiede zwischen den Personen, etwa hervorgerufen durch unterschiedliche Alterspositionen, Dimensionen wie Behinderung etc. ignoriert.

Wie unterscheidet sich die Intersektionalitätstheorie von anderen Ansätzen in der soziologischen LGBT-Theorie?

Queere TheoretikerInnen versuchen, Identitätskategorien zu dekonstruieren. Sie argumentieren, dass Erfahrungen nicht in eine einzige Kategorie passen. Dies kann durch eine naturalistische Einstellung zu Geschlecht veranschaulicht werden: Unter der Prämisse, dass Geschlecht unveränderlich ist, wirst du immer Mann oder Frau sein. Trans-Personen stellen sich außerhalb dieser Kategorie und fordern feststehende Geschlechtskategorien heraus. Die Queer-Theorie zielt darauf ab, Identitätskategorien zu dekonstruieren und damit Ungleichheiten zu bekämpfen.

Die Autorin beschäftigt sich mit drei Intersektionalitätskonzepten: **dem methodologischen, dem strukturellen und dem politischen**. Diese Konzepte werden im Folgenden näher erläutert.

Methodologische Intersektionalität

Die Autorin argumentiert, dass bei Forschungen mit LGBT-Personen, die befragten TeilnehmerInnen meist jung und weiß sind, der Mittelschicht angehören, und voll funktionsfähige Körper haben. Dies ist auf die Homogenität der Stichproben zurückzuführen.

In den am häufigsten verwendeten **Auswahlrahmen für die Stichprobenziehung** aus der Bevölkerung Großbritanniens fallen Haushalte mit lesbischen, schwulen, bisexuellen oder Trans-BewohnerInnen heraus.

Da LGBT-ForscherInnen keinen Zugang zur Methodik der Zufallsauswahl haben, haben sie begonnen, innovative Wege zu beschreiten, um den Zugang zu verschiedenen LGBT-Gruppen zu erleichtern. Martin und Dean (1993) zeigten, dass sich die Schwulen, die durch eine Kampagne im öffentlichen Gesundheitswesen angesprochen worden waren, von denjenigen unterschieden, die durch andere Wege angesprochen worden waren. Diese Stichprobe war jünger, hatte niedrigere Einkommen und es waren überwiegend Afroamerikaner oder Männer spanischer Herkunft. Diese Männer besaßen eine geringere Wahrscheinlichkeit, ein Teil oder Mitglieder von schwulen Gruppen oder Organisationen zu sein.

Bei Hickson u. a. (2004) zeigte sich die Bedeutung des expliziten Einbezugs bestimmter demografischer Gruppen bei der TeilnehmerInnen-Akquise. Diese Studie verwendete drei Methoden, um Forschungssubjekte zu finden: Pride Events, Broschüren und das Internet. Männer mit geringerem Bildungsgrad rekrutierten sich eher über die Broschüre, diese Methode sprach auch häufiger schwarze und asiatische Männer an. Männer, die in Großbritannien in die Kategorie „andere weiße (d. h. nicht britische) Männer“ fallen, waren eher über die Pride Events zu erreichen und „Britten“ eher über das Internet.

Die lesbische Gesundheitsforschung verließ sich vermehrt auf Selbstidentifikation. Allerdings verwenden viele BME-LGBT-Personen zur Selbstbeschreibung nicht die Begriffe lesbisch oder schwul, weswegen sie in der Folge nicht in die Forschung aufgenommen werden. Um dies zu umgehen, haben GesundheitsforscherInnen mehrere Definitionen von sexueller Identität, einschließlich **Begehren, Verhalten und Identität** entwickelt. Es wird angenommen, dass eine integrative Definition die Teilnahme von unterrepräsentierten Gruppen fördert.

Strukturelle Intersektionalität

Crenshaw erklärt strukturelle Intersektionalität wie folgt: „die Lage der schwarzen Frauen an der Kreuzung von *race* und Geschlecht macht unsere Erfahrungen ... qualitativ anders als die der weißen Frauen“ (1993: 1245). Strukturelle Intersektionalität betrachtet **Muster sozialer Ungleichheit**.

Unter diesem Aspekt untersucht Fish, wie Rassismus und Heterosexismus zusammenwirken und so Ungleichheiten verstärken. Die Autorin veranschaulicht anhand von drei Beispielen

1. Wie sich die Erfahrung des Coming-Out für einen schwulen Schwarzen gestaltet;
2. Wie der soziale Status einer Lesbe die Erfahrung ihrer Homosexualität beeinflussen kann;
3. Ungleichheiten in der psychischen Gesundheit und wie sich diese innerhalb der LGBT-Gemeinschaften unterscheiden können.

Identitätsbildung und Coming-Out in LGB-Gemeinschaften von schwarzen und weißen BritInnen

Das Coming-Out bezieht sich auf zwei außergewöhnliche Erfahrungen – sich selbst seine Identität einzugestehen und anderen zu sagen, dass man lesbisch, schwul oder bisexuell ist. Die öffentliche Akzeptanz beeinflusst die psychische Gesundheit und das Selbstwertgefühl. Die Literatur über Identitätsbildung und Coming-Out ist umfangreich, aber auch hier herrscht eine weiße, westliche Konzeptualisierung vor.

Literatur zu Identitätsbildung und Coming-Out berücksichtigt die Unterschiede von BME-Erfahrungen nicht. Das Coming-Out kann unterschiedliche Auswirkungen haben und die Entscheidung, eine offene homosexuelle, lesbische oder bisexuelle Identität anzunehmen, kann als Ablehnung der eigenen ethnischen Herkunft wahrgenommen werden (Greene, 2003).

Sozialer Status von Lesben: Weiße Arbeiterschicht und Mittelschicht

In heteronormativen Diskurse werden LGB-Personen vielfach als aus der Mittelschicht stammend und von gesundheitlichen Ungleichheiten, die von anderen gesellschaftlichen Gruppen erlebt werden, unberührt dargestellt. Diese Annahmen haben dazu beigetragen, dass in der Forschung selten Lesben aus der weißen Arbeiterschicht vorkommen.

Erfahrung hinsichtlich psychischer Gesundheit in LGBT-Gemeinschaften

Es gibt zunehmende Besorgnis über psychische Gesundheitsprobleme in LGBT-Gemeinschaften. **Es ist sehr wenig darüber bekannt, wie sich die gesundheitlichen**

Bedürfnisse innerhalb der LGBT-Gemeinschaften unterscheiden. Ein intersektionaler Ansatz beschäftigt sich damit, wie und warum LGBT-Personen aus BME-Gemeinschaften unterschiedliche Erfahrungen mit ihrer psychischen Gesundheit haben. Es ist weitere Forschung nötig, um die Auswirkungen von Rassismus und Homophobie auf die psychische Gesundheit von BME-LGBT-personen in Großbritannien zu untersuchen. In der Studie von Diaz u. a. (2001) zur Gesundheit von schwulen und bisexuellen Latinos berichteten viele Männer über die Erfahrung von Rassismus innerhalb der schwulen Gemeinschaft.

Politische Intersektionalität

Die Autorin konzipiert die politische Intersektionalität als **politische Organisation** (innerhalb sozialer Bewegungen) und **politische Prozesse** (übernommen durch staatliche und andere Organisationen). Fragen, die hierbei in Erwägung gezogen werden sollten:

- Wie können Erkenntnisse über multiple Ungleichheiten zur Bekämpfung von Diskriminierung beitragen?
- Welche politischen Kosten und Hindernisse gibt es für die Erzeugung solcher Erkenntnisse?

Die Diskussion der Autorin konzentriert sich auf das Ausmaß, in dem politisch relevante und anerkannte Institutionen vorhanden sind, die LGBT-Ungleichheiten behandeln, das Fehlen von statistischen Daten zu sexueller Identität und das Ausmaß, in dem LGBT-Anliegen in politischen Prozessen vertreten sind.

In Bezug auf LGBT-Gemeinschaften in Großbritannien wissen wir nicht, wie viele LGBT-Personen mit Kindern in einem gemeinsamen Haushalt leben, welchen Berufen sie nachgehen oder wo sie leben. Es gibt nur Schätzungen über die Größe der LGBT-Bevölkerung.

Das Ausmaß, in dem die LGBT-Anliegen in politischen Prozessen vertreten sind, wird durch den Mangel an infrastruktureller Unterstützung für den LGBT-Freiwilligen- und Gemeinschaftssektor eingeschränkt.

Conclusio

Dieser Beitrag beschreibt die Intersektionalitätstheorie und wie verschiedene Identitäten und Systeme der Unterdrückung miteinander verbunden sein können.

Der Schwerpunkt des Beitrags liegt auf der Gesundheitsforschung. Es wird untersucht, **ob bei der Erforschung von gesundheitlichen Ungleichheiten von LGBT-Personen multiple Dimensionen von Ungleichheit und Differenz berücksichtigt werden.**

Der Beitrag beleuchtet Versuche von Feministinnen, Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen anzusprechen. Diese frühen Feministinnen beschrieben Frauen als eigene Klasse und ließen Dimensionen wie *race*, Alter, Schicht und Behinderungen unbeachtet.

Auf ähnliche Weise kann jene LGBT-Forschung kritisiert werden, die es verabsäumt hat, einen multidimensionalen Ansatz zu verfolgen, und primär heterosexuelle und LGBT-Erfahrungen miteinander verglichen hat.

Dieser Beitrag ermutigt die LeserInnen, die Methoden zu hinterfragen, mit denen sie Daten bei der Durchführung von Forschungsarbeiten erheben. Zum Beispiel argumentiert die Autorin, dass die meisten Studien zu Schwulen und Lesben immer noch primär mit weißen, jungen und gesunden TeilnehmerInnen der Mittelklasse durchgeführt werden. Wir sollten reflektieren, wie wir Daten erheben und verschiedene Methoden nutzen, um die Teilnahme von unterschiedlichen Gruppen zu fördern.

Der Beitrag betrachtet auch Definitionen von Sexualität. BME-LGBT-StudienteilnehmerInnen betrachten sich möglicherweise selbst nicht als LGBT. **Deswegen sollten mehrere Definitionen verwendet werden, einschließlich Begehren, Verhalten und Identität, um die Teilnahme und einen integrativen Ansatz zu fördern.**

Strukturelle Intersektionalität muss bei der Betrachtung von gesundheitlichen Ungleichheiten unter LGBT-Personen berücksichtigt werden. Dies betrifft insbesondere die Beziehung zwischen Heterosexismus und Rassismus. Es muss beachtet werden, wie sich die Erfahrungen von BME-LGBT von denen von weißen LGBT-Personen unterscheiden. Dabei ist zu berücksichtigen:

- „Coming-Out“ umfasst vielschichtige Erfahrungen.
- Die Forschung betrachtet LGBT-Gemeinschaften als in der Mittelschicht verortet, dies schließt andere gesellschaftlichen Schichten und deren Erfahrungen aus.
- Es gibt sehr wenig Forschung zu BME-LGBT und den verwobenen Auswirkungen von Rassismus und Homophobie.

Politische Intersektionalität beschreibt, wie politische Strukturen die Forschungsmethodik beeinflussen können. Dabei wird die Datenerfassung auf nationaler Ebene betrachtet. In Großbritannien werden zum Beispiel nur wenige Daten über die LGBT-Gemeinschaft erhoben. Es gibt nur Schätzungen bezüglich der Größe der LGBT-Bevölkerung in Großbritannien.

Es ist wichtig, bei der Betrachtung von gesundheitlichen Ungleichheiten auf die Intersektionalität von sozialer Ungleichheit und Differenz zu achten.

Wenn wir uns die gesundheitlichen Ungleichheiten und die gesundheitlichen Bedürfnisse anschauen, müssen wir bedenken, dass wir uns bei jeder sozialen Kategorie, wie etwa LGBT, die Zeit nehmen müssen, um die Unterschiede innerhalb dieser Gruppe wie BME, Behinderung oder Alter zu berücksichtigen. Diese Unterschiede können nicht ignoriert werden, da es erforderlich ist, Rassismus, Altersdiskriminierung und unterschiedliche Fähigkeiten im Kontext von beispielsweise Homophobie zu betrachten. Erst dann werden wir damit anfangen, **ein besseres Verständnis der gesundheitlichen Ungleichheiten und Hindernisse für den Zugang zu Gesundheitsversorgung zu haben.**

Literaturhinweise

- Crenshaw, K. (2001): Mapping the margins: Intersectionality, identity, politics and violence against women of color. Paper presented at the World Conference Against Racism. Available at www.hsph.harvard.edu/grhf/WoC/feminisms/crenshaw.html.
- Díaz, R. M.; Ayala, G.; Bein, E.; Henne, J.; Marin, B. V. (2001): The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: findings from 3 US cities. In: American Journal of Public Health, 91(6): 927–932.
- Greene, B. (2003): Beyond heterosexism and across the cultural divide - developing an inclusive lesbian, gay and bisexual psychology: A look to the future. In: Castle, T.; Gross, L.; Garnets, L. D.; Kimmel, D. C. (Hrsg.): Psychological Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Experiences. Columbia University Press: 357–400.
- Hickson, F.; Reid, D.; Weatherburn, P.; Stephens, M.; Nutland, W.; Boakye, P. (2004): HIV, sexual risk, and ethnicity among men in England who have sex with men. In: Sexually Transmitted Infections, 80 (6): 443–450.

- Kimmel (Hrsg.) (2002): Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences. New York: Columbia University Press.
- Martin, J. L.; Dean, L. (1993): Developing a Community Sample of Gay Men for an Epidemiological Study of AIDS. In: Renzetti, C.; Lee, R. (Hrsg.): Researching Sensitive Topics. Newbury Park: Sage Publications: 82–99.
- Yuval-Davis, N. (2006): Intersectionality and Feminist Politics. In: European Journal of Women's Studies, Vol 13, Issue 3: 193–209.

2.2.2 Frauen und Mütter: Die Bedeutung ihrer Vulnerabilität im Zuge von Migrationsbewegungen

Verfasst von Alessandra Cannizzo, Italien

Quellenangabe

Viapiana, S. (2011): Donne e madri nella migrazione (Frauen und Mütter und Migration, übers. CW). In: Antrocom Online Journal of Anthropology, 2011; 7:1+: 83–91.

Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren ist Frauen eine entscheidende Rolle für Migrationsbewegungen aufgrund struktureller Veränderungen innerhalb von MigrantInnen-Gemeinschaften zugekommen. Migrantinnen müssen sich besonders mit Diskrepanzen zwischen den tradierten Werten und Vorstellungen, mit denen sie aufgewachsen sind, und den Werten und Vorstellungen in den Ländern, in die sie migriert sind, auseinandersetzen – etwa in Bezug auf Mutterschaft, eheliche Beziehungen, aber auch das Verständnis von Körper oder hinsichtlich der Organisation der Sozial- und Gesundheitssysteme.

Einleitung

Die Studie der Kultur- und Sozialanthropologin Stefania Viapiana vollzieht eine interessante Analyse mit praktischen Beispielen, wie körperliche Praktiken und Lebensstile je nach Herkunftsland und -kultur der Menschen variieren können. Zuerst stellt die Autorin das Konzept des „Doppeltransits“ vor, das die herausfordernde Situation einer Migrantin bezeichnet, die im neuen Land andere Werte und Normen vorfindet als jene, mit denen sie aufgewachsen ist. In ihrer neuen Lebensumgebung muss sie sich dann nicht nur mit den neuen, sondern auch mit den tradierten Werten neu auseinandersetzen. Dann analysiert die Autorin die neue Herausforderung für Migrantinnen, die für die Autonomie von der Autorität des Ehemannes im neuen sozialen Kontext kämpfen. Im Text wird auf ExpertInnen verwiesen, um zentrale Aspekte von Geschlechtsidentität zu klären und die Bedeutung von Praktiken „weibliche Genitalverstümmelung“ zu beleuchten und einige Fälle zu reflektieren. Die ExpertInnen zeigen auf, wie Männer in manchen Kulturen als überlegen konstruiert werden

und wie diese Überlegenheit biologisiert, das heißt als biologisch gegeben dargestellt wird. Diese Vorstellung männlicher Überlegenheit wird von den Mitgliedern dieser Kulturen, so auch von Frauen, aktiv hergestellt. Das Thema der weiblichen Genitalverstümmelungen wird anhand von mehreren Beispielen analysiert – etwa anhand von Praktiken, wie Ritualen, die von Frauen als Elemente der lokalen Kultur durchgeführt und bewahrt werden. Schließlich wird eine Reihe von Studien vorgestellt, die zeigen, wie manche dieser tradierten Praktiken und Vorstellungen für Frauen, die in ein anderes Land migriert sind, zur Herausforderung werden können.

Doppeltransit von Migrantinnen und Aspekte der Ethnopsychiatrie

Die Autorin bietet einen Forschungsüberblick, einschließlich der jüngsten kultur- und sozialanthropologischen Beiträge, die sich auf individuelle Identitätskrisen von Migrantinnen konzentrieren, und auf die Fragilität, mit der Geschlechtsidentität in einem neuen Lebensumfeld behaftet sein kann.

Levinson und Beneduce (2004) zeigten in einer Studie, dass Gesellschaften, in denen es ein geringes Ausmaß an Gewalt gegenüber Frauen gibt, tendenziell eine gut funktionierende Machtverteilung zwischen den Geschlechtern aufweisen. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse stellt die Autorin fest, dass Konflikte von Paaren, die im Zuge von Migration auftreten, häufig Ergebnis von Veränderungen sind, die das Paar durch die neuen Lebensbedingungen erlebt. Daher schlägt Viapiana die Sicht vor, dass verheiratete Migrantinnen vielfach einen neuen Feind bekämpfen – die Autorität des Mannes, um sich im neuen sozialen Kontext Autonomie zu erobern.

Der Text schildert die Neuheiten detailliert, die durch die neue Umgebung, in der die Migrantin lebt, eingeführt werden, und verdeutlicht dadurch, dass die kulturelle Identität der Frau ohne Unterstützung der Familie oder Eltern noch schwieriger wird. Ein Teil dieser Schwierigkeiten lässt sich auf die Tatsache zurückführen, dass es ihnen nicht möglich ist, auf einige der Rituale ihres Herkunftslandes zurückzugreifen, ein Umstand, der oft psychische Probleme verursacht. Viele Beispiele beziehen sich auf die Geburt, zum Beispiel auf den Schutz des Babys vor Dämonen (z. B. Djinn in der Maghreb-Region) oder spezielle Ernährungs- und Hygienegewohnheiten für das Baby und die werdende/frisch gebackene Mutter. Ba zufolge ist es möglich, solche Zeremonien als echte „Übergangsrituale“ zu definieren (Ba, 1994: 59–

72), die darauf abzielen, die Ängste und Sorgen von Müttern zu beschwichtigen, die gerade geboren haben und die die Ankunft des Babys in der Gruppe anzeigen.

Viapiana bezieht darauf das Phänomen des „Doppeltransit“ dar, das auftritt, wenn Migrantinnen „mit der Neuheit der Werte und Normen des Gastlandes konfrontiert werden, während sie auch schmerzlich von den Werten und Praktiken ihrer Herkunftskultur entfernt sind“ (Viapiana, 2011: 86, übers. CW).

Genderidentität und Genderkonflikte

Im zweiten Teil der Publikation erweitert die Autorin die Theorien der Geschlechtsidentität und der Geschlechterkonflikte, die von einer Reihe von ExpertInnen und ForscherInnen ausgearbeitet wurden, mit dem Ziel, einen theoretischen Hintergrund für die Erläuterung der kulturellen Praktiken, die den Körper von Migrantinnen in westlichen Gesellschaften betreffen, zu schaffen. Die präsentierten kultur- und sozialanthropologischen Theorien und Studien bieten einen Überblick über die soziale und kulturelle Konstruktion der Identität von Frauen als gegenüber Männern minderwertig, sowohl symbolisch als auch praktisch. Die ungleiche Beziehung zwischen Männern und Frauen ist auch in den verschiedenen Konzepten und Praktiken in Bezug auf den Körper von Frauen und ihre Eigenschaften, die als inhärente „natürliche“ Handicaps, wie Zartheit, geringeres Gewicht, kleinere Statur, Schwangerschaft und Stillen wahrgenommen werden, repräsentiert (Nahoum-Grappe 1996, Héritier 2002). Was das betrifft, argumentiert Héritier, dass der Begriff des Andersseins als Ausgangspunkt eine Störung der Harmonie der Welt annimmt, vielleicht einen Regelverstoß (sie erinnert an die Vorstellung vom verlorenen Paradies). Zum Beispiel beinhaltet die westafrikanische Mythologie, dass Frauen und Männer in getrennten und unabhängigen Gruppen gelebt und sich unabhängig voneinander reproduziert haben. Die Entdeckung des Frauenkörpers von Männern als Quelle der Freude, unabhängig von der Möglichkeit zur Reproduktion, beleidigte dem Glauben nach die Schöpfergöttlichkeit, die daher Männer und Frauen dazu zwang, zusammenzuleben. Diese Vorstellungen sind keine isolierteren Fälle, da viele Kulturen weltweit Mythen haben, in denen Frauen ohne männlichen Beitrag gebären bzw. von natürlichen Elementen (Wind, See) oder durch Parthenogenese befruchtet werden.

Moisseff (1997) bringt ein weiteres interessantes Beispiel, wo er aufzeigt, wie die Beziehung zwischen Siedlern und kolonisierten Bevölkerungsgruppen und im Allgemeinen zwischen

Herrschenden und Beherrschten besonderen Einfluss auf die Bereiche Sexualität, Körper, Reproduktion und Geschlechterrollen genommen hat. Moisseeff verknüpft die Konflikte, die in Zusammenhang mit dem Geschlecht stehen, mit dem Widerstand, den Entwicklungsländer gegenüber der zunehmenden kulturellen Hegemonie der wirtschaftlich entwickelten Länder an den Tag legen.

Infibulation, Abtrennung, Identität: Zeichen auf dem Körper

Die Autorin untersucht nun die Realität der körperlichen Praktiken, denen Frauenkörper ausgesetzt sind, unterstützt durch einige Beispiele aus verschiedenen kulturellen Traditionen. Zeichensysteme, mythische und rituelle Bräuche, die sich auf den Körper der Frau und ihre Sexualität konzentrieren, sind in vielen Gesellschaften weit verbreitet. Viapiana betont die Prävalenz von Prozessen, die die Fortpflanzungssphäre von Frauen kontrollieren und eine breite Palette von Bedeutungen tragen und verschiedene Zwecke erfüllen, z. B. Reinigung, Kennzeichnung des Übergangs von Kind zu Frau oder Wiederherstellung von Harmonie und sozialer Ordnung im Gegensatz zum undisziplinierten weiblichen Körper.

Weibliche Genitalverstümmelungen sind Praktiken, die seit der Entstehung der großen Weltreligionen (Islam, Judentum, Christentum) zu finden sind. Sie können als anhaltendes Ritual für die Aufrechterhaltung der Machtverhältnisse zwischen dominierenden und untergeordneten Kulturen verstanden werden. Verschiedene Rituale, die mit solchen Modifikationen zusammenhängen, gibt es in unterschiedlichen Gesellschaften (Äthiopien, Saudi-Arabien, Somalia, Ägypten und Sudan), wo Infibulation betrieben wird, um die Sexualität und die Jungfräulichkeit von Frauen zu kontrollieren. Manchmal hat es auch die Bedeutung der Reinigung oder die Beseitigung eines entfernt maskulinen Körperteils (der Klitoris), um das weibliche Kind in die „richtige“ sexuelle Kategorie zu zwingen (z. B. im Dogon-Stamm in Mali, den Griaule in den 1930ern erforschte). Durch solche Beispiele und Studien betont Viapiana, dass die Integrität des Körpers als ein komplexer Wert betrachtet werden muss, wenn es zur Begegnung verschiedener Kulturen kommt. Es gibt verschiedene Begründungen für diese Kennzeichnung des Körpers (z. B. die Regulierung der Kraftdynamik, wie von Augé 2002 angeführt), die verschiedene Bedeutungen transportieren und sicherlich die Psyche der so „gekennzeichneten“ Frau beeinflussen. Die Erfahrung der Infibulation wird von Migrantinnen selten preisgegeben; jedoch, wie die Autorin betont, beziehen sie sich

darauf als fundamentale Erfahrung in ihrem Leben, die notwendig ist, um ästhetischen Maßstäben der Schönheit des weiblichen Körpers in ihrer Herkunftskultur zu entsprechen (Fusaschi, 2003).

Viapiana betont die zutiefst widersprüchlichen Werte von westlichen und anderen Gesellschaften in Bezug auf Genitalveränderungen, ein Konflikt, den Migrantinnen aus Ländern, in denen Infibulation üblich ist, in den neuen Gesellschaft erleben.

Van der Kwaak (1992: 777–787) führt aus, dass zum Beispiel in Somalia Keuschheit und die Kontrolle der weiblichen Sexualität stark mit der Definition der weiblichen Identität verknüpft sind. In diesem Kontext hat die Infibulation einen Initiationswert, der sowohl durch ein Ritual als auch durch die verwendete Sprache ausgedrückt wird: Vor der Operation werden die Mädchen *gabar* („kleines Mädchen“) genannt, nachher *qabar dhoocil* („infibuliertes Mädchen“) und deshalb „heiratsfähiges Mädchen“, für das der zukünftige Ehemann „den Brautpreis“ zahlen muss. Darüber hinaus zeugt die Tatsache, dass das Haar des Mädchens abrasiert wird, noch deutlicher von der Bedeutung des Rituals als Initiation.

Conclusio

MigrantInnen und Geflüchtete stehen vor einigen Herausforderungen im Alltag. Zweifellos sind Frauen dabei besonders betroffen, vor allem, wenn sie Mütter sind – wegen der unterschiedlichen Bedeutungen, die an ihre Körper geknüpft sind. Wie von Viapiana durch mehrere Studien untermauert, sind Migrantinnen mit einem „Doppeltransit“ konfrontiert, da sie sich sowohl mit Werten und Normen des neuen Lebensumfelds gegenübersehen als sich auch mit jenen ihrer eigenen kulturellen Herkunft beschäftigen müssen.

Einerseits bietet die Autorin im Text ein kritisches Verständnis verschiedener Praktiken rund um den weiblichen Körper in Kulturen außerhalb der westlichen. Auf der anderen Seite zeigt sie die große Distanz zwischen den Werten der MigrantInnenengemeinschaften und denen des neuen Lebensumfelds (obwohl einige Gemeinsamkeiten existieren, wie die Binärkonzeption von Frauen und Männern) auf. Sie unterstreicht die noch größere Schwierigkeit für Migrantinnen, zwischen den vorherrschenden Werten in ihrer Herkunftskultur und jenen der Aufnahmegesellschaft zu verhandeln. Zum Abschluss gibt die Autorin Denkanstöße, wie die Rolle von Frauen in Migrationsgesellschaften differenziert betrachtet werden kann. Angesichts der Vielfalt der Beispiele und der zitierten AutorInnen

stellt der Text eine leicht zugängliche Einführung in die herausfordernden Aspekte der kulturellen Vielfalt im Zusammenhang mit Gesundheit dar.

Literaturhinweise

- Abdalla, R. (1982): *Sisters in affliction: circumcision and infibulation of women in Africa*. London: Wed Press.
- Augé, M. (2002): *Genio del paganesimo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Augé, M. (2004): *Rovine e macerie. Il senso del tempo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ba, M. (1994): *La dépression du ventre. Réactions dépressives après l'accouchement chez des femmes, immigrées, originaires de l'Afrique de l'Ouest, Nouv.* In: *Revue d'Ethnopsychiatrie* 24: 59–72.
- Beneduce, R. (2004): *Frontiere dell'identità e della memoria*. In: *Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*. Milano: Franco Angeli.
- Boddy, J. (1982): *Wombs as Oasis: The Symbolic Context of Pharaonic Circumcision in rural Sudan, Amer.* In: *Ethnologist* 9, 4: 682–698.
- Bonaparte, M. (1948): *Notes sur l'excision*. In: *Revue Française de Psychanalyse* n. 12: 221–31.
- Bourdieu, P. (1998): *La domination masculine*. Paris: Seuil.
- Calderoli, L. (1993): *Marquages permanents du corps en Afrique subsaharienne: le processus technique comme significant*. In: *L'Ethnografie* n.114: 105–30.
- Foucault, M. (1976): *La volontà di sapere* (trad. it. 1984). Milano: Feltrinelli.
- Fusaschi, M. (2003): *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Godelier, M. (1996): *Sexualité et société*. In: *Journal des Antropologues*: 64–65.
- Gordon, D. (1991): *Female circumcision and Genital Operations in Egypt and the Sudan: A Dilemma for Medical Anthropology*. In: *Medical anthropological quarterly* 5 (1): 3–14.
- Héritier, F. (1996): *Masculin/Féminin I. La pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob.
- Héritier, F. (2002): *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*. Paris: Odile Jacob.
- Krane, J. E. (1996): *Violence Against Women in Intimate Relations: Insights from Cross-Cultural Analysis*. In: *Transcult. Psyc. Research Review* XXXIII, 4: 435–465.

- Lacoste-Dujardin, C. (1996): Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb. Paris: La Découverte.
- Lévi-Strauss, C. (1969): Le strutture elementari della parentela. Milano: Feltrinelli.
- Madelain, J. (1990): L'erranza e l'itinerario. Lettura del romanzo maghrebino contemporaneo. Genova: Marietti.
- Moisseeff, M. (1997): Subversive Science, Subversive Practice. In: Transcultural Psychiatry 34, 1: 95–107.
- Nahoum-Grappe, V. (1996): Le féminin. Paris: Hachette.
- Nathan, T. (1994): L'influence qui guérit. Paris: Odile Jacob.
- Sindzingre, N. (1977): Le plus et le moins: à propos de l'excision. In: Cahiers d'Etudes Africaines XVII, n. 65: 65–75.
- Van der Kwaak, A. (1992): Female Circumcision and Gender Identity: a Questionable Alliance. In: Soc. Sci & Medicine 35, 6: 777–787.
- Van Gennep, A. (1909): Les Rites de passage. Paris: Nourry. (trad. Ital. 1985, I riti di passaggio. Torino: Boringhieri.)
- Yahyaoui, A. (1997): Modi del ragionare e antropologia della medicina. In: Rivista Italiana di Antropologia Medica 3/4: 29–40.
- Zempléni, A. (1985): La maladie et ses causes. In: L'Ethnographie num. spec., 96/97: 13–44.

2.3 Kulturelle und soziale Unterschiede im Empfinden von Gesundheit und Krankheit

2.3.1 *Stechende Schmerzen? Ein brennendes Herz? Kulturelle Variationen des Schmerzempfindens.*

Verfasst von Agnes Raschauer, Österreich

Quellenangabe

Kohnen, N. (2009): Feeling and coping with pain in different cultures (Das Fühlen von Schmerz und der Umgang damit in verschiedenen Kulturen, übers. CW). In: Kutalek, R.; Prinz, A. (Hrsg.): Essays in Medical Anthropology. The Austrian Ethnomedical Society after Thirty Years. Wien: LIT Verlag GmbH: 321–328.

Einleitung

Im Allgemeinen wird das Schmerzempfinden entweder als etwas rein Individuelles oder als mit biologischen Prozessen verbunden betrachtet, die alle Menschen in einer bestimmten Weise beeinflussen. So scheinen einige Menschen eine hohe Schmerzgrenze zu haben, andere haben eine niedrigere und werden als überempfindlich gegenüber Schmerzen wahrgenommen. Doch wie Menschen Schmerzen erleben und interpretieren, unterliegt nicht nur ihrem individuellen Toleranzniveau oder den biochemischen Reaktionen. Vielmehr hängt das Schmerzempfinden an sozial hergestellten Sichten auf die Welt, die beeinflussen, wie körperliche Empfindungen interpretiert werden. In seiner Arbeit zeigt Norbert Kohnen **kulturelle Variationen** bei jenen Konzepten auf, **die dem Empfinden von Schmerz** zugrunde liegen. Nach einer Analyse kultur- und sozialanthropologischer Forschung führt er eine Vielzahl von Beispielen an, wie Schmerzen kulturspezifisch erlebt und verarbeitet werden.

Wenn man sich nicht bewusst ist, wie Schmerzen in verschiedenen Kulturen unterschiedliche gefühlt und ausgedrückt werden können, kann es zu negativen Auswirkungen auf die medizinische Arbeit kommen, zum Beispiel, wenn einE Arzt/Ärztin denkt, dass einE PatientIn

keine Schmerzen hat, obwohl das, was der/die PatientIn fühlt, nur nicht mit den vorgefassten Vorstellungen darüber, wie Schmerz ausgedrückt wird, übereinstimmt.

Kultur- und sozialanthropologische Forschung, die kulturelle Unterschiede im Schmerzempfinden zeigt

Kohnen erklärt, dass Schmerzgrenzen sehr variabel sind, obwohl es nur geringe kulturelle Variationen hinsichtlich „der Schwelle, an der Menschen überhaupt Stimuli – Kribbeln oder Wärme – empfinden“ (321, übers. AR) gibt. Ein sehr anschauliches Beispiel ist von Hardy u. a. (1952), die berichten, dass als schmerzhaft empfundene Wärmestufen von im Mittelmeer lebenden Menschen und BewohnerInnen aus Nordeuropa ganz anders erlebt werden. Hitze, die letztere als „warm“ definieren, wird von den ersteren als schmerzhaft empfunden.

Der Autor verweist weiter auf die bahnbrechende Arbeit von Mark Zborowski (1951, 1969), der zu dem Ergebnis kam, dass nicht nur Empfinden und Ausdruck von Schmerzen sehr variabel sind und kulturspezifischen Interpretationen der Welt unterliegen, sondern auch, wie Gemeinschaften mit ihren leidenden Mitgliedern umgehen. Er führte eine kultur- und sozialanthropologische Forschung (mittels Interviews, Umfragen und Beobachtungen im Feld) in einer Krankenstation für Veteranen durch, wobei er sich auf vier Gruppen von Patienten konzentrierte: irische Amerikaner, italienische Amerikaner, jüdische Amerikaner und so genannte „Old Americans“. Zborowski kam zu dem Schluss, dass, während irisch-amerikanische Patienten kaum über ihren Schmerz sprachen und sich in Isolation zurückzogen, die italienischen Amerikaner dazu neigten, sehr offen über ihr Leiden zu sprechen und den sozialen Kontakt zu brauchen. Er berichtete auch über verschiedene Zugänge zu Schmerz, in der Hinsicht, wie stark ein Patient betonte, Schmerzen zu haben und wie sehr er seinen eigenen Erfahrungen vertraute.

„Kulturelle Bewältigungsstrategien“

In der Kultur- und Sozialanthropologie werden die Arten, die kulturelle Gemeinschaften entwickeln, um mit Schmerz umzugehen, als „**kulturelle Bewältigungsstrategien**“ bezeichnet (323). Diese Strategien bauen auf Wissen und Traditionen auf, die von früheren Generationen weitergegeben wurden und lang stehende Praktiken im Umgang mit Krankheit, Schmerz und Heilung geprägt haben. Sie beinhalten kulturell akzeptierte Szenarien, die Einzelpersonen

vorschreiben, wie sie bei Eintreten von Schmerzen zu handeln haben und wie sie diese interpretieren sollen. Die „**Kontroll-Überzeugungen**“, auf die sich eine Kulturgruppe bezieht, sind besonders wichtig für die Entwicklung spezifischer Bewältigungsstrategien. Während für BritInnen, IrInnen oder Menschen aus Nordeuropa eine individualistische Orientierung, mit Tendenz zu einer internen Kontrollüberzeugung charakteristisch ist, lassen sich die italienische oder die türkische Gesellschaft als familienorientiert mit Tendenz für eine externe Kontrollüberzeugung beschreiben. Dies bedeutet, dass erstere dazu neigen, sich beim Umgang mit Schmerzen auf sich selbst zu konzentrieren, Gefühle für sich zu behalten und eher sozialen Rückzug zu ergreifen. Die letzteren dagegen bevorzugen die Gesellschaft von Familienmitgliedern, wenn sie leiden und entwickeln eher gemeinschaftliche Strategien zum Umgang mit Schmerzen.

Kohnen beschreibt fünf verschiedene Bewältigungsstrategien und schreibt jede einer „ethnischen und religiösen Gruppe“ zu, für die sie charakteristisch ist, betont jedoch, dass „alle angeführten Strategien anteilmäßig in allen Kulturen vorgefunden werden können“ (323, übers. AR). Unter anderem bezeichnet Kohnen **tödliche Schmerzbewältigungsstrategien**, die das Beenden von Schmerz einer höheren Macht zuordnen. Infolgedessen hat die leidende Person kaum Verpflichtung zu handeln, d. h. eineN Arzt/Ärztin aufzusuchen und „das Richtige“ zu tun, um das Leiden zu lindern. Manchmal werden magische Praktiken durchgeführt, die einen Einfluss darauf haben können, wie der Schmerz erlebt wird. Eine **religiöse Sicht auf Schmerzen**, üblich zum Beispiel im Christentum oder bei BuddhistInnen, konzeptualisiert andererseits den Schmerz als einen Prozess, den ein Individuum zu ertragen hat, um seinen/ihren Glauben zu demonstrieren. Ein drittes Konzept ist die **rationale Behandlung von Schmerzen**, bei denen Schmerzen untersucht, einem bestimmten Körperteil zugeschrieben und überwacht werden und Gegenstand einer professionellen medizinischen Behandlung sind. Ein emotionaler Zugang zu Schmerzen scheint hier fehl am Platz zu sein.

Conclusio: Berücksichtigung kultureller Variationen beim Schmerzempfinden in der medizinischen Praxis

Kohnen vertritt die Position, dass die Behandlung von Schmerzen als universelles Phänomen einer qualitativvollen Gesundheitsversorgung nicht dienlich ist. Die PatientInnen können ihr

Schmerzempfinden auf verschiedene Arten ausdrücken: durch Rückzug, durch Rationalisierung, durch Weinen und das Zeigen von emotionaler Aufregung. Kein Ausdruck von Schmerz ist mehr oder weniger gültig oder zeigt mehr oder weniger wahres Leiden an. Das Festhalten an der Vorstellung, dass sich Schmerzempfinden und sogar Schmerz selbst, wie von den PatientInnen mitgeteilt, auf bestimmte Art und Weise manifestieren muss, führt zu Missverständnissen, Frustration und vielleicht sogar zu Fehlbehandlungen. „JedeR PatientIn ist einE InformantIn, aber nicht jedeR InformantIn ist einE guteR. Ob einE PatientIn einE guteR InformantIn ist, hängt stark von dem/der untersuchenden Arzt/Ärztin ab und wie gut er/sie ihre PatientInnen verstehen und wie gut er/sie die Horizonte und Erfahrungen des Informanten/der Informantin erweitern können.“ (326, übers. CW)

Literaturhinweise

- Hardy, J. D.; Wolff, H.G.; Goodell, H. (1952): Pain sensations and Reactions. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Zborowski, M. (1952): Cultural components in responses to pain. In: Journal of Social Issues 8: 16–30.
- Zborowski, M. (1969): People in pain. San Francisco: Jossey-Bass.

2.3.2 *Wahrnehmung der Chagas-Krankheit und Reaktion darauf in einem nichtendemischen Land: eine multidisziplinäre Studie*

Verfasst von Alessandra Cannizzo, Italien

Quellenangabe

Di Girolamo, C.; Marta, B. L.; Ciannameo, A.; Cacciatore, F.; Balestra, G. L.; Bodini, C.; Taroni, F. (2010): La malattia di Chagas in un paese non endemico: il contesto bolognese. Analisi multidisciplinare della malattia e del fenomeno migratorio (Chagas-Krankheit in einem nichtendemischen Land: eine Studie in Bologna (Italien). Multidisziplinäre Analyse der Erkrankung in der lateinamerikanischen Migrantenpopulation, übers. CW). In: *Annali di Igiene* 22: 431–445.

Auf Englisch verfügbar: Di Girolamo, C.; Marta, B. L.; Ciannameo, A.; Cacciatore, F.; Balestra, G. L.; Bodini, C.; Taroni, F. (2016): Chagas Disease in a Non-endemic Country: A Multidisciplinary Research, Bologna, Italy, In: *Journal of Immigrant and Minority Health* 18(3): 616–623.

Zusammenfassung

Nach der erheblichen Veränderung der epidemiologischen Landschaft der Chagas-Krankheit scheint Italien das zweite nichtendemische Gebiet in Europa in Bezug auf lateinamerikanische MigrantInnen und mit ihnen verbundenen Infektionsraten zu sein. Das Universitätslehrkrankenhaus in Bologna hat eine Querschnittsstudie in Zusammenarbeit mit ethnografischer Forschung durchgeführt. Im Vergleich der Ergebnisse dieser Studie mit früheren Studien in nichtendemischen Gebieten konnten die ForscherInnen die subjektive Wahrnehmung der Chagas-Krankheit und anderer typische Erkrankungen in einer Stichprobe von lateinamerikanischen MigrantInnen in der Region Emilia-Romagna bestimmen. Diese Wahrnehmungen sind wichtig, weil sie sich auf mögliche Präventionsmaßnahmen und Behandlungen auswirken.

Einleitung

Das Forschungsvorhaben des Universitätslehrkrankenhauses in Bologna zielte darauf ab, die Chagas-Krankheit näher zu bestimmen, indem sie ihren Ursprung und ihre Verbreitung in nichtendemischen Ländern analysierte. Die von dieser Erkrankung am häufigsten betroffenen Teile der Bevölkerung finden sich meist in ländlichen Gebieten; einige AutorInnen betonen die soziale Distanz und beschreiben jene als „vergessene Populationen“. Die Chagas-Krankheit ist stark mit Armut und Ruralität verknüpft. Die Konsequenzen der Stigmatisierung der Krankheit sind Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt und darüber hinaus die Ausbreitung der Krankheit in nichtendemischen Länder. Studien zeigen, dass die Chagas-Krankheit weltweit sieben bis acht Millionen Menschen betrifft. Die AutorInnen zeigen auf, dass sich Chagas angesichts globaler Migrationsprozesse in den letzten Jahrzehnten in nichtendemische Gebiete wie Nordamerika, Europa und die Westpazifik-Region ausgebreitet hat. In der Studie wird der Mangel an Informationen über die subjektive Wahrnehmung der Erkrankung, die auf die Unsicherheit von MigrantInnen im Zusammenhang mit ihren herausfordernden Lebensbedingungen zurückzuführen ist, hervorgehoben. In der Tat erleben sie oft dringende Gesundheitsbedürfnisse und begegnen Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsdiensten. Die folgende Studie, die von verschiedenen medizinischen ExpertInnen zum ersten Mal in der Region Emilia-Romagna durchgeführt wurde, zielte darauf ab, Daten über die Chagas-Krankheit bereitzustellen und die subjektive Wahrnehmung der Krankheit im Kontext der jüngsten Migrationsbewegungen aufzuzeigen. Um die Prävalenz und die subjektive Wahrnehmung im Zusammenhang mit einer solchen Krankheit zu analysieren, verwendet das Projekt einen sozialepidemiologischen Ansatz, der die Ausarbeitung von Präventionsstrategien und die Behandlung der betroffenen Personen ermöglicht.

Methodologie

Im zweiten Abschnitt der Arbeit erläutern die AutorInnen die Methodik, die sie in der Studie angewendet haben. Die Querschnittsstudie im Lehrkrankenhaus der Universität von Bologna wurde von einer Gruppe von ÄrztInnen, MikrobiologInnen, KassenärztInnen und medizinischen AnthropologInnen durchgeführt. Im weiteren Sinne zielte das Projekt darauf ab, das Recht auf Gesundheit innerhalb der lateinamerikanischen Bevölkerung in Italien zu unterstützen und zu fördern, die – aufgrund der Migrationserfahrung – eher mit

sozioökonomischen Faktoren zu kämpfen hat, die ihren Gesundheitszustand negativ beeinflussen. Infolgedessen wurde eine illustrierte mehrsprachige Broschüre mit einer Gruppe lateinamerikanischer MigrantInnen erstellt, um Informationen über die Krankheit und die Diagnose- und Behandlungsangebote des Krankenhauses zu verbreiten.

Auswahl der TeilnehmerInnen und Datenerfassung

Die AutorInnen beschreiben den gesamten Prozess der Datenerhebung durch Fragebögen und Interviews mit einer Gruppe von besonders gefährdeten Menschen, d. h. lateinamerikanische MigrantInnen in der Region. Alle gesammelten Informationen wurden in ein Forschungstagebuch eingetragen. Die Ergebnisse für den Zeitraum (November 2010 bis Mai 2013) entstammen Tests für die Chagas-Krankheit, der für besonders gefährdete Personen, die diesen aus klinischen Gründen machten und für diejenigen, die aufgrund der Informationskampagne Interesse hatten, kostenlos war. Aus kultur- und sozialanthropologischer Sicht richtete sich die Studie auch auf die spezifischen historischen und soziokulturellen Merkmale der Migrationsbewegungen aus Lateinamerika im Bologna-Gebiet und stellte jene in Zusammenhang mit der subjektiven Wahrnehmung der Krankheit.

Datenanalyse

Die ethnografische Forschung begann zunächst mit einer Abbildung der verschiedenen Arten der Zusammenkunft und der Orte, die von der lateinamerikanischen Bevölkerung frequentiert wurden. Die AutorInnen streichen hervor, dass einer der Hauptvorteile in dieser Phase, aber auch in der gesamten Forschung, der angewandte multidisziplinäre Ansatz war. Während der ganzen Studie wurden deskriptive Analysen der quantitativen und qualitativen Daten durchgeführt. Die Analyse wurde am Ende der Feldforschung verfeinert, als bedeutungsvolle Inhalte untersucht und interpretiert wurden.

Forschungsergebnisse im Bologna-Gebiet

Die gewonnenen Ergebnisse beziehen sich auf die quantitative Analyse, die den sozialen Hintergrund der Krankheit beleuchtet. 151 Personen wurden überprüft, von denen 94,7% erwachsene lateinamerikanische MigrantInnen aus endemischen Gebieten, 3,97% adoptierte Kinder und 1,32% italienische Reisende waren. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass

MigrantInnen aus Argentinien, Bolivien und Brasilien sich der Krankheit bewusst waren, während PeruanerInnen und EcuadorianerInnen, die 40% der Stichprobe zusammen mit Menschen aus Mittelamerika, Kolumbien und Venezuela ausmachten, kein oder begrenztes Wissen über die Krankheit hatten. Die ethnografische Forschung zeigte, wie eine bessere soziale Position die Integration in das italienische Gesundheitssystem erleichtert und dass harte Arbeit und herausfordernde Lebensbedingungen die Wahrnehmung der Krankheit und das Wissen darüber stark beeinflussen. Die ethnografische Forschung machte auch die Komplexität des Einflusses von Migrationsmustern auf Krankheitserfahrungen deutlich. Zum Beispiel wies eine kleine Gruppe von MigrantInnen (vor allem Frauen) aus Brasilien, Argentinien, Kolumbien und Chile, die aus politischen Gründen nach Italien gezogen waren und ItalienerInnen geheiratet hatten, bessere Bedingungen für Gesundheit auf, die mit einer besseren Integration in das soziale Leben, einem höheren sozialen Status und leichterem Zugang zu Gesundheitsversorgung und anderen Ressourcen in Zusammenhang standen. Die unterschiedlichen befragten Interessensgruppen hoben hervor, dass die Teilnahme am Forschungsprojekt für die Entwicklung neuer Instrumente für die soziale Eingliederung von MigrantInnen – etwa durch Schaffung eines Netzwerks zur Erörterung wichtiger Fragen wie Arbeitsplätzen, Bürokratie und Rechtsfragen – von Vorteil sein könnte. In der Tat hatte die Kartierungsaktivität die erwartete Wirkung, nämlich dass die Schaffung eines dynamischen lokalen Netzwerks von AkteurInnen, die direkt oder indirekt mit Lateinamerika verbunden sind, gefördert wurde.

Vergleich mit früheren Forschungsarbeiten und Erkenntnissen

Durch eine Reihe von vergleichenden Untersuchungen bieten die AutorInnen eine umfassende Analyse aus medizinischer und sozialer Sicht. In der Untergruppe der erwachsenen lateinamerikanischen MigrantInnen lag die allgemeine Prävalenz der Chagas-Krankheit bei 8,39%. Der Prozentsatz ähnelt dem der Schweiz und anderswo in Italien, ist aber niedriger als in Barcelona. Des Weiteren vergleichbar mit früheren Berichten ist, dass BolivianerInnen die am stärkste betroffene Gruppe zu sein scheinen, vor allem wegen der herausfordernden Lebens- und Arbeitsbedingungen, die sie vorfinden. Die AutorInnen weisen darauf hin, dass es weithin bekannt ist, dass ältere lateinamerikanische MigrantInnen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sind als jüngere, vor allem aufgrund der fortschreitenden

Umsetzung von Kontrollprogrammen in endemischen Ländern. In nichtendemischen Ländern wie Italien bestätigt die Studie bisherige Ergebnisse hinsichtlich Risikofaktoren und Verhaltensweisen, die in Zusammenhang mit der Krankheit stehen. Die Chagas-Krankheit wird als Problematik im lokalen Kontext, in dem die Forschung durchgeführt wurde, bestätigt. Eines der Ergebnisse war die Empfehlung, auf Rechte im Allgemeinen hinzuwirken, insbesondere auf das Recht auf Gesundheit, und die Aufmerksamkeit auf sozioökonomische und politische Faktoren zu lenken, die nicht ausschließlich mit dem Gesundheitssektor zusammenhängen.

Conclusio

Die Daten der hier vorgestellten Studie ermöglichten es den AutorInnen, die sozialen Aspekte der Chagas-Krankheit in Italien zu bewerten und potenzielle Wege zur Verbesserung des Zugangs zur Behandlung dieser Krankheit zu identifizieren. Die Studie zeigte, dass das Bewusstsein hinsichtlich der Krankheit bei den lateinamerikanischen MigrantInnen, die an der Studie teilgenommen haben, unterschiedlich war. Die meisten der von Chagas betroffenen Personen wussten über die Krankheit, durch Erfahrungen in der Familie oder eigene oder durch Medienkampagnen, die in ihrem Herkunftsland durchgeführt wurden. Aber alle Personen stimmten darin überein, dass eine Informationskampagne über die Krankheit und die damit verbundenen Risiken sehr wichtig wäre, um das Bewusstsein der Risikobevölkerung zu erhöhen. Die Studie bewirkte zusätzlich die Schaffung eines solchen Bewusstseins. Sie trug auch zur besseren Beurteilung der Risikofaktoren bei, die mit verschiedenen soziokulturellen Merkmalen in Zusammenhang stehen. Ältere lateinamerikanische MigrantInnen sind einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt als jüngere, vor allem aufgrund der vermehrten Umsetzung von Kontrollprogrammen in endemischen Ländern. In ähnlicher Weise hatten Personen, die positiv auf Chagas getestet wurden, eher Verwandte, die mit Chagas infiziert waren, möglicherweise aufgrund der geteilten Risikoumgebung oder der vertikalen Übertragung. Darüber hinaus war eine Vorgeschichte des Aufenthalts in ländlichen Gebieten – in der Regel die ärmsten und isoliertesten Gebiete des lateinamerikanischen Kontinents – ein weiterer gemeinsamer Risikofaktor bei infizierten Personen, wie bereits von anderen AutorInnen in vergleichbaren Forschungen argumentiert worden ist. Die hier dargestellte Forschung ist besonders relevant, weil sie in der Emilia-Romagna durchgeführt wurde, einer Region mit einem bislang niedrigen MigrantInnen-Anteil. Des Weiteren zeichnet sich die

Studie durch ihren multidisziplinären Ansatz aus. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen sind auf eine praktische Verbesserung des Gesundheitssystems gerichtet, um die Chagas-Krankheit besser bewältigen zu können. Darüber hinaus führte das interdisziplinäre Wesen der Forschung zu einer weiteren Reflexion über die sozialen und kulturellen Implikationen im Zusammenhang mit der Chagas-Krankheit und unterstrich die Bedeutung der Integration medizinischer und kultur- und sozialanthropologischer Ansätze für Forschungszwecke.

Literaturhinweise

- Angheben, A. et al. (2011): Chagas disease in Italy: breaking an epidemiological silence. In: Euro Surveill. 16(37): 19969.
- Basile, L. et al. (2011): Chagas disease in European countries: the challenge of a surveillance system. In: Euro Surveill. 16(37): 19968.
- Bern, C et al. (2007): Evaluation and treatment of Chagas disease in the United States: a systematic review. In: JAMA 298(18): 2171–81.
- Pérez-Molina, J. A.; Norman, F.; López-Vélez, R. (2012): Chagas disease in non-endemic countries: epidemiology, clinical presentation and treatment. In: Curr Infect Dis Rep. 14(3): 263–74.
- Briceño-León, R. (2007): La enfermedad de Chagas y las transformaciones sociales en America Latina. In: Organización Panamericana de la Salud, ed. La Enfermedad de Chagas a la Puerta del Conocimiento de una Endemia Americana Ancestral. Washington: OPS (Organización Panamericana de la Salud): 219–230.
- Caritas e Migrantes (2012): Dossier Statistico Immigrazione 2012. XXII Rapporto, Edizioni IDOS. Roma.
- Ciannameo, A.; Di Girolamo, C. (2012): Corpo, società, politica: la malattia di Chagas a Buenos Aires. Un'indagine congiunta tra antropologia medica e salute pubblica. In: THULE. Rivista italiana di studi americanistici XI: 275–87.
- Coura, J. R.; Albajar-Viñas, P. (2010): Chagas disease: a new worldwide challenge. In: Nature 465(7301): 6–7.
- Briceño-León, R.; Méndez Galván, J. (2007): The social determinants of Chagas disease and the transformations of Latin America. In: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz 102 (Suppl): 109–12.

- De Rezende, J.; Lauar, K. M.; de Oliveira, A. (1960): Clinical and radiological aspects of aperistalsis of the esophagus. In: *Rev Brasil Gastroenterol.* 12: 247–62.
- Dias, J. C. P.; Silveira, A. C.; Schofield, C. J. (2002): The impact of Chagas disease control in Latin America: a review. In: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz.* 97(5):603–12.
- Di Girolamo, C.; Bodini, C.; Marta, B. L.; Ciannameo, A.; Cacciatore, F. (2011): Chagas disease at the crossroad of international migration and public health policies: Why a national screening might not be enough. In: *Euro Surveill.* 16(37): 19965. 13.
- Di Girolamo, C.; Marta, B. L.; Ciannameo, A.; Cacciatore, F.; Balestra, G. L.; Bodini, C.; Taroni, F. (2010): La malattia di Chagas in un paese non endemico: il contesto bolognese. *Analisi multidisciplinare della malattia e del fenomeno migratorio. Multidisziplinäre Analyse der Erkrankung in der lateinamerikanischen Migrantenpopulation*. In: *Annali di Igiene* 22: 431–445.
- Jackson, Y. (2010): Prevalence, clinical staging and risk for blood-borne transmission of Chagas disease among Latin American migrants in Geneva, Switzerland. In: *PLoS Negl Trop Dis.* 4(2): e592.
- Lescure, F.-X. (2008): Chagas disease, France. *Emerg Infect Dis.* 14(4): 644–6.
- Muñoz, J. (2009): Clinical profile of *Trypanosoma cruzi* infection in a non-endemic setting: immigration and Chagas disease in Barcelona (Spain). In: *Acta Trop.* 111(1): 51–5.
- PAHO (Pan American Health Organization) (2006): *Quantitative estimation of Chagas disease in the Americas*. Montevideo: PAHO.
- Rassi, A.; Marin-Neto, J. A. (2010): Chagas disease. *The Lancet* 375(9723): 1388–402.
- Pinto Dias, J. C. (2013): Human Chagas disease and migration in the context of globalization: some particular aspects. In: *J Trop Med.*:789758.
- Rechel, B.; Mladovsky, P.; Ingleby, D.; Mackenbach, J. P.; McKee, M. (2013): Migration and health in an increasingly diverse Europe. In: *The Lancet* 381(9873): 1235–45.
- Regione Emilia-Romagna (2013): *Popolazione residente straniera*. <http://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/>.
- Requena-Méndez, A.; Albajar-Viñas, P.; Angheben, A.; Chiodini, P.; Gascón, J.; Muñoz, J.; Chagas Disease COHEMI Working Group (2014): Health policies to control Chagas disease transmission in European countries. In: *PLoS Negl Trop Dis.* (10): e3245.

- Roca, C. et al. (2011): Chagas disease among the Latin American adult population attending in a primary care center in Barcelona, Spain. In: PLoS Negl Trop Dis. 5(4): e1135.
- Valerio-Sallent, L.; Roure, S.; Basile, L.; Ballesteros, L. A.; Sabrià, M.; Rodrigo, C.; Grupo Metropolitano de estudio del Chagas (2012): A clinical and epidemiological study of the *Trypanosoma cruzi* infected population in the north metropolitan area of Barcelona. In: Rev Clin Esp. 212(7): 329–36.
- Velarde-Rodriguez, M.; Avaria-Saavedra, A.; Gomez-i-Prat, J.; Jackson, Y.; de Oliveira Junior, W. A.; Camps-Carmona, B.; Albajar-Vinas, P. (2009): Need of comprehensive health care for *T. cruzi* infected immigrants in Europe. In: Rev Soc Bras Med Trop. 42(2): 92–5.
- Ventura-Garcia, L.; Roura, M.; Pell, C.; Posada, E.; Gascon, J.; Aldasoro, E.; Munoz, J.; Pool, R. (2013): Socio-cultural aspects of Chagas disease: a systematic review of qualitative research. In: PLoS Negl Trop Dis. 7(9): e2410.
- World Health Organization (2003): Control of Chagas disease: second report of the WHO Expert Committee. WHO technical Report Series, no. 905, Geneva.
- World Health Organization (2009): Chagas disease: control and elimination. A63/20. 63rd World Health Assembly. www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_63.20_Eng.pdf.
- World Health Organization (2010): Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. First WHO report on neglected tropical diseases. Geneva.

2.4 Medizinischer Pluralismus

2.4.1 *Warum ist alternative Medizin so beliebt und was lernen wir über das europäische Gesundheitssystem in einer chinesischen Klinik?*

Verfasst von Diana Szántó, Ungarn

Quellenangabe

Zörgő, S.; Purebl, G.; Zana, Á.; Orvosi, H. (2016): A komplementer és alternatív medicina felé orientálódó terápiaválasztást meghatározó tényezők (Faktoren, die die Wahl der komplementären und alternativen Medizin erklären, übers. CW). In: Eredeti közlemény 157, évfolyam, 15. Szám: 584–592.

Einleitung

Dieser Artikel behandelt eine breite Frage: Warum wenden sich Menschen, die in einer europäischen Gesellschaft des 21. Jahrhunderts leben, von der Biomedizin ab, um Abhilfe für ihre gesundheitlichen Probleme in alternativen Heilungsmethoden zu suchen? Die AutorInnen suchen nach einer Antwort, basierend auf einer Langzeit-Feldforschung seit 2014, die in einer chinesischen Klinik in Budapest durchgeführt wurde. Ihre Forschung beleuchtet die Tatsache, dass jedes gegebene medizinische System – einschließlich dem biomedizinischen – immer auch ein kulturelles System ist. Die PatientInnen, die die chinesische Klinik besuchen, kombinieren verschiedene kulturelle Systeme und bewegen sich frei zwischen diesen.

Über Komplementär- und Alternativmedizin in einer vergleichenden Perspektive

Die Verwendung von Komplementär- und Alternativmedizin (KAM) gewinnt überall in den westlichen Gesellschaften an Popularität. Eine Studie aus dem Jahr 2002 ergab, dass 36–42% der Bevölkerung der USA solche Behandlungsmethoden anwendeten. In Europa waren es 56% der Bevölkerung, während in Ungarn nur 23,1% eine alternative medizinische Behandlung wählten. Allerdings macht der zeitliche Unterschied (die ungarische Statistik ist aus 1989) Vergleiche schwierig. Nationale Statistiken sind selten vergleichbar, jedoch weisen große

Unterschiede meist auf unterschiedliche soziale Kontexte und kulturelle Systeme hin. Zum Beispiel wenden sich in Ghana 73,5% der KrebspatientInnen traditionellen Heilmethoden zu, verständlich in einer Situation, in der die meisten Menschen sich die westliche medizinische Behandlung nicht leisten können. Es ist allerdings überraschend, dass, nach einer anderen Studie, 83% der europäischen KrebspatientInnen ebenso alternative medizinische Behandlungsformen anwenden. Die AnwenderInnen von KAM ähneln sich in einigen soziodemografischen Merkmalen: Oft sind es gut ausgebildete Frauen im mittleren Alter mit langdauernder Krankheit.

Die Popularität von KAM trägt zur Verbreitung von Dienstleistungen bei. Zur gleichen Zeit beeinflusst die Verfügbarkeit dieser Dienste gängige Konzepte von Krankheit, Gesundheit und Heilung und macht die Menschen offener für KAM. Allerdings reicht diese kreisförmige Beziehung allein nicht aus, um zu erklären, warum einzelne BenutzerInnen zunehmend auf alternative medizinische Behandlungen umsteigen. Um diese Entscheidungen besser zu verstehen, untersuchen die AutorInnen weitere Faktoren.

Faktoren, die die Wahl von Komplementär- und Alternativmedizin beeinflussen

Diese Faktoren können in drei große Kategorien unterteilt werden: Marktwettbewerb, Informationsfluss und kulturelle „Kreolisierung“. Diese drei Kategorien überlappen sich.

Kulturelle Kreolisierung ist zwar ein spontaner Prozess, jedoch haben Politik, Regulierung und das institutionelle System großen Einfluss darauf. Die Politik beeinflusst, welche Dienstleistungen verfügbar, anerkannt und mit Prestige ausgestattet sind. In Ungarn genießt die traditionelle chinesische Medizin (TCM) eine hohe Popularität und ein relativ hohes Prestige, wie das Projekt, ein TCM-Zentrum in Budapest zu schaffen, zeigt. Marktwettbewerb – unterstützt oder behindert durch den Staat – beeinflusst die Verfügbarkeit und Auswahl verschiedener Dienstleistungen und auch das Vorhandensein unterschiedlicher Weltanschauungen. In Zeiten der Globalisierung stehen Individuen in Kontakt mit einer Vielzahl von Weltanschauungen und es steht ihnen nicht nur frei, zu wählen, sie sind dazu auch verpflichtet. Sie müssen ihr eigenes hybrides Kultursystem aus verschiedenen Elementen zusammensetzen.

Informationstechnologie macht eine Vielzahl von Ideen, Vorstellungen und Weltansichten verfügbar. Im Prinzip hat das Internet Informationen fast grenzenlos zugänglich gemacht, aber

in der Praxis neigen die Menschen dazu, die Informationen nach ihrer Weltanschauung zu filtern, bevor sie auf sie zugreifen. Weil kulturelle Institutionen ihre Glaubwürdigkeit in der späten Moderne verlieren, muss Authentizität anderswo gefunden werden: in persönlichen Erfahrungen und in primären Beziehungen. Wenn es um Entscheidungen für oder gegen Therapien geht, hören die Leute eher auf ihr soziales Umfeld als auf Behörden. Die Kombination aus verschiedenen Weltanschauungen führt zu mosaikartigen, synkretischen Kultursystemen. Das Selbst ist „geteilt, hybrid, oft inkohärent, inkonsistent“ (586, übers. CW). Bei KAM geht es nicht nur um alternative Dienstleistungen, sondern auch um alternative Weltansichten. Diejenigen, die an KAM glauben und die entsprechenden Methoden praktizieren, neigen dazu, „ökologische Nachhaltigkeit, kulturelle Vielfalt, sozialen Optimismus und Spiritualität“ zu unterstützen. Ein amerikanischer Autor erfand den Begriff „kulturelle Kreative“, um das kulturelle System dieser Gemeinschaft zu beschreiben. Zörgő u. a. entlehnen diesen Begriff und scheinen nahezu legen, dass er für KAM-AnwenderInnen in Ungarn übertragbar ist. Die kulturelle Kreolisierung in der Medizin wirkt sich auf zwei sehr wichtige Bereiche aus: die Definition von Gesundheit und die Ätiologie (Ideen, die sich mit den Ursachen oder dem Ursprung einer Krankheit befassen).

KAM findet ihren Platz in den Lücken, die das biomedizinische Modell nicht ansprechen kann: Schmerz und Leiden – und die Fähigkeit, diesen Erfahrungen einen Sinn zu geben.

Das Feld

Die Studie basiert auf Informationen von 150 PatientInnen aus der chinesischen Klinik in Budapest. Die Ergebnisse, die über die Beantwortung der ursprünglichen Forschungsfrage hinausgehen, beleuchten auch die Erwartungen der PatientInnen an Medizin und Therapie im Allgemeinen. Mit anderen Worten, jenseits der theoretischen Frage „warum die Menschen sich der chinesischen Medizin für Heilung zuwenden“, beantwortet die Studie auch eine praktischere Frage nach Möglichkeiten der Anpassung der biomedizinischen Medizin an die nicht Bedürfnisse der zufrieden gestellten PatientInnen.

Die am weitesten verbreiteten dieser Bedürfnisse beziehen sich auf die Beziehung zwischen PatientIn und Arzt/Ärztin. Die PatientInnen schätzen die Zeit, die der Arzt/die Ärztin bereit ist, mit ihnen zu verbringen, die vermittelte Aufmerksamkeit, die sie erhalten, und sie sind sich auch des nonverbalen Ausdrucks von Sorgfalt und Sympathie des Gesundheitspersonals

bewusst. Die medizinische Kommunikation wird auch in vielen Fällen als gewaltsam erlebt, vor allem im Augenblick der Offenbarung einer Diagnose und einer (negativen) Prognose.

Ein weiterer Faktor, der KAM attraktiv macht, ist die Tatsache, dass Biomedizin keine Therapie für alle Krankheiten auf allen Stufen hat oder die Therapie, die sie bietet, zu viele negative Nebenwirkungen hat. Es ist in beiden Fällen nicht ungewöhnlich, dass KAM komplementär zu traditionellen biomedizinischen Behandlung angewendet wird.

Ein weiterer Grund für die Wahl der KAM bezieht sich allgemein auf die Identität der Person und auf die Weltanschauung, mit der sie sich identifiziert. Zörgő u.a. nennen diesen Faktor „philosophische Kongruenz“. Menschen, die eine Form orientalischer körperlicher Betätigung oder Diät praktizieren, sind offener für KAM. Eine ganzheitliche Weltanschauung, die der körperlichen und spirituellen Identität der Person gleichermaßen Bedeutung zuschreibt, kann auch ein guter Indikator für die Offenheit gegenüber KAM sein.

KAM hat da Stärken, wo die Biomedizin ihre Schwächen hat: dem Individuum ist ein tiefgehendes Bedürfnis inhärent, Ordnung im Chaos zu schaffen, das seine Welt ausmacht. Eine wiederkehrende Beschwerde von PatientInnen, die sich in biomedizinischer Behandlung befinden, ist die mangelhafte Erklärung der Krankheit oder die Weigerung des Arztes/der Ärztin, ihre eigene Erklärung anzuhören. Wenn die Biomedizin keine akzeptable Erklärung anbietet oder keine überzeugende Heilung verspricht, können sich die Menschen entmachtet und ihrer Krankheit gegenüber hilflos fühlen. Die Umstellung auf KAM könnte in diesem Fall als ein aktiver Schritt interpretiert werden, um ihre Heilung „selbst anzupacken“. Mit dem Verlust des Vertrauens in die Biomedizin droht ein Versinken im Chaos, wenn man keine glaubwürdige Alternative findet. Solch ein Vertrauensverlust kann aufgrund einer späten oder unzureichenden Diagnose, unerträglichen Nebenwirkungen einer biomedizinischen Behandlung, einer tödlichen Prognose oder durch den Kommunikationsstil, der als Entfremdung erlebt wird, verursacht werden.

KAM hilft, eine neue Ordnung im Chaos zu finden, indem sie einen neuen Kosmos im somatischen, moralischen und kognitiven Sinn vorschlägt. Es ist wichtig, dass der vorgeschlagene Heilungsweg mit der Ätiologie übereinstimmt, mit der sich die Person identifizieren kann. Die AutorInnen führen das Beispiel eines Patienten an, der glaubt, dass Krebs keine unabhängige Krankheit ist, sondern ein Zeichen eines schwachen Immunsystems ist. Er wollte keine Chemotherapie, aus Angst, seine Immunabwehr weiter zu schwächen.

Traditionelle biomedizinische Behandlungen, die besonders auch mit Medikamenten arbeiten, sind oft mit einer Lebensweise assoziiert, die sich weitab von Natur und Spiritualität bewegt. KAM hilft in solch einem Fall, einen Weg zurück zu einer mythologischen Nähe zur Natur zu finden und kann als eine Form der Kritik an der kapitalistischen Lebensweise interpretiert werden, wo die Behandlung weitgehend in den Händen der pharmakologischen Industrie liegt.

Eine verbreitete Form der Ätiologie macht alle Arten von somatischen Krankheiten an psychischen Zuständen fest. Dieser erklärende Mechanismus ist auch ein Mittel, um das Gefühl der Machtlosigkeit zu bekämpfen, das durch das Chaos verursacht wird, da es dem Patienten/der Patientin nahezu unbegrenzte Macht gibt, seine/ihre Krankheit zu beeinflussen, indem er/sie auf seinen/ihren psychischen Zustand einwirkt.

Schließlich kann eine mögliche Ursache der Popularität von KAM dadurch erklärt werden, was die AutorInnen „die Notwendigkeit, den Kosmos zu erweitern“ nennen. Viele Leute sagen aus, sie kämen nur aus Neugier in die chinesische Klinik oder weil sie offen für alle Behandlungen, die der Gesundheit dienen, seien. Zur gleichen Zeit ist die Anziehungskraft von KAM auf eine Person stark von ihren kulturellen Werten abhängig. Wie bereits erwähnt, könnte die Affinität zu anderen gesundheitsorientierten Verhaltensweisen, etwa östlicher Philosophie und Sport, die Offenheit gegenüber KAM erhöhen. Es ist in dieser Hinsicht interessant, dass eine starke ungarische ethnische Identität, die viel Wert auf „traditionelle Wurzeln“ legt, eine Person auch in Richtung der chinesischen Medizin treiben kann.

Conclusio

Die Studie stellt die scheinbar individuelle Wahl der Umstellung auf KAM in einen kulturellen Kontext. Der wichtigste Vorzug ist, dass durch die Erforschung einer bestimmten Praxis, nämlich der der KAM-NutzerInnen, auch die zersplitterte Natur des Selbst der Spätmoderne deutlich wird, das gezwungen ist, eine erhöhte Verantwortung für individuelle Entscheidungen zwischen konkurrierenden Kosmologien und Ätiologien zu übernehmen. Die Studie zeigt auch, dass es in jedem medizinische System (einschließlich Biomedizin) nicht nur darum geht, die richtige Behandlung zu finden, sondern es gleichermaßen wichtig ist, den PatientInnen dabei behilflich zu sein, irgendeine Art von Kohärenz in einer ansonsten inkohärenten Welt zu finden. Durch die Identifikation der Motive der PatientInnen, auf

alternative Behandlungen umzusteigen, hält die Studie der Biomedizin den Spiegel vor, hilft bei der Identifikation und Erfassung von Bedürfnissen, die in einem biomedizinischen Gesundheitssystem häufig unerfüllt bleiben.

2.4.2 *Indigene und biomedizinische Krankheitsbegriffe: Ein komplementärer Ansatz zur HIV-/Aids-Prävention in Mosambik*

Verfasst von Agnes Raschauer, Österreich

Quellenangabe

Kotanyi, S. (2005): Zur Relevanz indigener Konzepte von Krankheit und Ansteckung für eine wirksamere HIV/Aids-Prävention im soziokulturellen Kontext von Mosambik. In: Curare Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie, 28:2+3: 247–264.

Einleitung: Der begrenzte Erfolg der HIV-/AIDS-Prävention

Dieser Beitrag konzentriert sich auf die HIV-/AIDS-Prävention in Mosambik und Subsahara-Afrika. Darin argumentiert Sophie Kotanyi, dass der begrenzte Erfolg von Präventionsbemühungen auf ihr starkes Festhalten an einem biomedizinischen Ansatz zurückzuführen ist, wobei indigene Konzepte von Krankheit und Ansteckung vernachlässigt werden. Aus ihrer Sicht muss HIV/AIDS als eine soziokulturelle Angelegenheit gesehen werden. Erfolgreiche Präventionsmaßnahmen sollten sich damit auseinandersetzen, wie vor Ort soziale Beziehungen hergestellt und aufrechterhalten werden, und welche Sicht auf die Welt und Erklärungsmuster für Krankheiten vorherrschen. Aufbauend auf Forschung, die die Autorin in verschiedenen Regionen Mosambiks durchgeführt hat, untersucht sie, wie indigene Konzepte und Praktiken in die HIV-/AIDS-Prävention integriert werden könnten, um deren Wirkung zu stärken.

Es ist kein neuer Ansatz, dass die Gestaltung von medizinischer Praxis und sozialer Intervention die Werte, Meinungen und Lebensweisen einer lokalen Bevölkerung miteinbeziehen muss, um von dieser Bevölkerung akzeptiert zu werden. Damit die Gesundheitsversorgung und Präventionsmaßnahmen erfolgreich sind, müssen sie in irgendeiner Weise zu dem bestehenden Glauben passen bzw. sich mit diesem auseinandersetzen. Dennoch bezieht HIV-/AIDS-Prävention in Mosambik und Subsahara-Afrika selten lokale Konzepte und Glaubenssysteme ein. Ausgehend von dieser Beobachtung beginnt Kotanyi mit der Analyse, wie indigene Krankheitsbegriffe HIV-/AIDS-Prävention beeinflussen können. Sie untersucht

nicht nur, wie die Präventionsmaßnahmen durch indigene Konzepte untergraben werden, sondern auch, wie diese Konzepte die Präventionsmethoden unterstützen könnten.

Biomedizinische Vorstellungen von Prävention versus traditionelle Heilungskonzepte?

Bisher beruhen präventive Maßnahmen stark auf einer biomedizinischen Vorstellung von Infektionskrankheiten und deren Übertragung. Biomedizin bezieht sich auf ein medizinisches Modell, das in der westlichen Hemisphäre vorherrscht, wo die Gesundheitssysteme im Allgemeinen auf diesem Ansatz basieren. Dem biomedizinischen Modell folgend wird Wissen über Gesundheit und Krankheit durch Naturwissenschaften und wissenschaftliche Praktiken gewonnen, mit Betonung auf der Bedeutung biologischer Prozesse für die Behandlung von körperlichen Zuständen, die als Krankheiten verstanden werden. Es ist mit spezifischen Annahmen darüber verbunden, was Gesundheit/einen gesunden Körper ausmacht und welche Faktoren für die Diagnose und Behandlung als relevant erachtet werden. Während physikalische und biochemische Prozesse prioritär betrachtet werden, werden sozialer Kontext und individuelle Erfahrungen weitgehend vernachlässigt.

Traditionelle Konzepte von Behandlung beruhen dagegen auf den Besonderheiten der lokalen Kultur. Sie entstehen aus Glauben, historischen Praktiken und Formen der sozialen Organisation. Häufig folgen sie einem ganzheitlichen Ansatz – und weichen damit grundlegend von der Praxis der Kategorisierung körperlicher Prozesse innerhalb der Biomedizin ab. „Traditionell“ bedeutet, dass Ideen und Konzepte von früheren Generationen, meist mündlich, weitergegeben werden. So sind die traditionellen Heilkonzepte nicht starr, sondern ändern sich im Laufe der Zeit, im Zuge der Übergabe von einer Generation zur anderen, aber auch während der aktuellen gesellschaftlichen Praxis. Auf diese Weise sind sie nicht veraltete, überholte Praktiken, sondern Konzepte, die tradiert wurden und fest in der Gegenwart verankert sind.

Kotanyi streicht hervor, dass es allgemeinen an Zusammenarbeit zwischen biomedizinischen ExpertInnen und solchen der indigenen Medizin in Mosambik und vielen Ländern in Subsahara-Afrika mangelt. Traditionelle Medizin wurde in der Vergangenheit in Mosambik kriminalisiert, was heute nicht mehr der Fall ist. Doch die Staatsbehörden zögern noch, traditionelle Heilpraktiken als Medizin zu akzeptieren. Der Autorin zufolge sind es in der Regel nicht die traditionellen HeilerInnen, die sich der Zusammenarbeit widersetzen, sondern

VertreterInnen des Staates, die erwarten, dass die HeilerInnen die Zusammenarbeit ablehnen. Konzepte von Gesundheit, Krankheit und Heilung sind an Fragen der Macht gebunden.

Komplementarität

In einigen afrikanischen Ländern wurde versucht, traditionelle HeilerInnen in Präventionsmaßnahmen einzubeziehen. Das brachte bislang wenig Erfolg, weil Mitglieder des biomedizinischen Systems oder staatliche AkteurInnen versucht haben, indigene Heilmethoden zu integrieren, indem sie jene dem biomedizinischen Modell anpassen wollten. Dadurch wurden sie der Logik der biomedizinischen Prävention untergeordnet und ihr spezifischer Charakter ging verloren.

Kotanyi schlägt stattdessen einen komplementären Ansatz zur HIV-/AIDS-Prävention vor. Basierend auf dem Konzept der Komplementarität von George Devereux (1972) werden indigene und biomedizinische Erklärungen als zwei verschiedene Dimensionen der Phänomene Gesundheit/Krankheit betrachtet, die jeweils eine bestimmte Logik aufweisen. Die PatientInnen können also gleichzeitig an biomedizinischen Ideen festhalten, während sie auch an indigene Konzepte glauben. Die Annäherung dieser beiden Modelle in einer komplementären Weise bedeutet, jede nach ihrer eigenen Logik und nicht aus der Sicht der jeweils anderen zu beurteilen. An den Standards der Biomedizin gemessen, scheinen indigene Konzepte immer unzulänglich und umgekehrt. Nach dem Konzept der Komplementarität werden beide Ansätze nach ihrer jeweils eigenen Logik betrachtet. Da Biomedizin und indigene Konzepte auf verschiedene Dinge zielen, sollten sie nicht verschmolzen werden, vielmehr können sie sich gegenseitig ergänzen.

Auf diese Weise sollen beide Ansätze parallelisiert werden, da jeder in der Lage ist, bestimmte Elemente der HIV-/AIDS-Prävention zu beleuchten. Die Parallelisierung von Biomedizin und indigenen Konzepten hilft, zu einem umfassenderen, nuancierteren Bild zu gelangen. Infolgedessen könnten Präventionsstrategien, die auf der Grundlage eines komplementären Ansatzes entwickelt wurden, für die örtlichen Gegebenheiten, auf die sie abzielen, besser geeignet sein.

Zum Beispiel ist die Verwendung von Heilpflanzen ein Element indigener Heilpraktiken. Die Behandlung mit Heilpflanzen kann einem Patienten/einer Patientin bei einigen HIV-/AIDS-Symptomen, wie Herpes, Appetitlosigkeit oder Durchfall, helfen. Darüber hinaus können

rituelle Verfahren, die mit Heilpraktiken verbunden sind, weitere positive Effekte hervorrufen. Diese Behandlungen können komplementär zu biomedizinischen Verfahren erfolgen. Im besten Fall besprechen sich traditionelle HeilerInnen und biomedizinische Fachleute und vereinbaren eine Vorgehensweise, um positive Effekte zu maximieren und negative Wechselwirkungen zu vermeiden.

Indigene Konzepte

Krankheit und Heilung in Mosambik und Subsahara-Afrika sind weitgehend von indigenen medizinischen Konzepten durchzogen. Nur ein kleiner Teil der Bevölkerung in Subsahara-Afrika glauben, dass Krankheit durch biologische Prozesse verursacht wird. Die meisten Ätiologien räumen sozialen Gründen Vorrang ein. Diese Ätiologien spielen eine wichtige Rolle dabei, wie die Einheimischen mit HIV-/AIDS-Präventionsmaßnahmen umgehen.

Innerhalb der indigenen Heilung ist die Bedeutung einer Krankheit der Schlüssel. Um diese Bedeutung aufzudecken, muss man herausfinden, wann, wo und warum eine Krankheit entstanden ist. Die Krankheit wird gewöhnlich als eine Störung in den sozialen Beziehungen der kranken Person interpretiert – entweder zwischen den Lebenden und den Toten oder zwischen Lebenden. Die Analyse der Krankheit zielt darauf ab, die sozialen Beziehungen der kranken Person zu rekonstruieren, um den Grund für die Krankheit in diesen Beziehungen zu finden. Unter den indigenen Konzepten, die Kotanyi erforscht hat, gibt es vier Hauptursachen für die Krankheit: 1) Vorfahren (verstorben), 2) Geister, 3) Hexerei und 4) Krankheit, die von Gott geschickt wurde oder „einfach so“ geschah. Der Autorin zufolge kann jede Erklärung für die HIV-/AIDS-Prävention relevant sein. Die folgenden Anmerkungen fokussieren zunächst auf das Beispiel der Vorfahren (verstorben) und dann auf das der Hexerei, um zu erörtern, wie diese Konzepte mit biomedizinischen Präventionsmethoden synchronisiert werden könnten.

Krankheit befällt eineN, wenn die Beziehung zu toten Vorfahren gestört wird; Harmonie zwischen Leben und Toten ist der Schlüssel für Glück und Gesundheit. Die Beziehung kann gestört werden, wenn die Hinterbliebenen die wichtigen Begräbnis- und Trauer-Rituale nicht angemessen ausführen. Krankheit könnte auch den Vorfahren zugeschrieben werden, wenn möglicherweise ein Tabu gebrochen wurde. So wird beispielsweise nach dem Verlust des/der Ehepartners/-partnerin von dem Witwer/der Witwe erwartet, dass er/sie traditionelle Reinigungsrituale durchführt, da jeder Tod eine Form der gesellschaftlichen Verunreinigung

der Hinterbliebenen mit sich bringt. Um diesen verunreinigten Zustand des Seins zu verlassen, müssen die Hinterbliebenen Reinigungsrituale durchführen. Diese Rituale nicht durchzuführen bedeutet, ein Tabu zu brechen, was dann als Auslöser für Krankheiten gesehen wird. Es wird auch geglaubt, dass Vorfahren auf das Brechen von sexuellen Tabus reagieren. Da die Ahnen als moralische Autoritäten gelten und das Verhalten beeinflussen können, sollte sich die HIV-/AIDS-Prävention darauf konzentrieren, wie die Überzeugungen, die die Vorfahren betreffen, dazu beitragen könnten, Präventionsstrategien zu unterstützen.

Ein weiterer Grund, warum es wichtig ist, sich mit indigenen Konzepten der Vorfahren auseinanderzusetzen, ist, dass Symptome, die mit einer HIV-/AIDS-Infektion einhergehen, oftmals nicht als solche interpretiert werden, sondern als Folgen, die sich aus dem Brechen eines Tabus ergeben. Die Kombination von biomedizinischem Fachwissen mit dem der traditionellen HeilerInnen könnte zu einem früheren Erkennen der HIV-Infektion führen: Symptome, die auf das Brechen eines Tabus hinweisen, könnten auch HIV/AIDS anzeigen.

Darüber hinaus sind einige indigene Reinigungsrituale, die nach dem Tod eines Ehepartners/einer Ehepartnerin durchgeführt werden müssen, rituelle sexuelle Handlungen, um die verwitwete Person von der sozialen Verunreinigung durch den Tod zu entheben. Aus biomedizinischer Sicht haben diese Rituale ein hohes Risiko, HIV/AIDS zu verbreiten. In einigen Regionen wurden diese Rituale abgewandelt, um das Infektionspotential zu minimieren, d. h. der Koitus wird vermieden. Wenn es zwischen Fachleuten der indigenen Medizin und biomedizinischen ExpertInnen keinen Dialog gibt, müssen sich die Menschen entscheiden, ob sie in einer sozial verunreinigten Position verweilen oder risikoreiches Sexualverhalten an den Tag legen.

Ein zweites Konzept, das sich für die Kommunikation und die Erarbeitung von Präventionsmaßnahmen als relevant erweisen könnte, ist Hexerei. Hexerei bezieht sich auf die Beziehungen zwischen Lebenden, die eine negative Wendung genommen haben. In Mosambik umfasst dies alle Arten von bösen Gedanken und Absichten, die Menschen haben, aber auch unbeabsichtigtes schädliches Verhalten, zum Beispiel durch Neid verursacht. Da die Menschen die tödliche Krankheit HIV/AIDS an andere Menschen weitergeben, kann sie als Ergebnis von Hexerei wahrgenommen werden. Kotanyi zitiert ein Beispiel einer Krankenschwester in Paris, die ursprünglich aus dem Kongo stammt und mit HIV lebt. Obwohl die Krankenschwester biomedizinische Erklärungen von HIV/AIDS akzeptiert, war es ihr

wichtig, aufzudecken, ob in ihrer Familie Hexerei vorkam. Sie wollte nicht sterben und als Hexe betrachtet werden. Den indigenen Konzepten zufolge ist es einer toten Hexe nicht möglich, von einer Toten zu einer Ahnin zu werden, was wiederum bedeutet, dass sie nicht in der Lage ist, die lebenden Familienmitglieder zu schützen. Dieses Beispiel zeigt nicht nur, dass die Menschen an verschiedene Arten von Ätiologien zeitgleich glauben können, die möglicherweise widersprüchlich sind, ihnen aber sinnhaft erscheinen. Es demonstriert auch das Potenzial einer Auseinandersetzung mit Konzepten der Hexerei für die HIV-/AIDS-Prävention. Infizierte Personen erhalten viel mehr Unterstützung durch die Gemeinschaft, wenn sie als Opfer von Hexerei und nicht als Hexen selbst wahrgenommen werden.

Kotanyi sieht die Inkonsistenz zwischen gesellschaftlich verbreiteten Konzepten und Überzeugungen und der Logik der HIV-/Aids-Prävention als weitgehend verantwortlich für die mangelnde Wirkung. Vor allem, da die Unterschiede nicht angesprochen werden. Während die HIV-/Aids-Prävention auf biomedizinischen Vorstellungen der Infektion aufgebaut ist, ist Verunreinigung, wie sie von vielen Menschen in Mosambik und Subsahara-Afrika verstanden wird, ein hoch soziales Konzept.

Schlussfolgerung: Wie die HIV-/AIDS-Prävention von der Parallelisierung biomedizinischer und indigener Strategien profitieren kann

Um zu erfolgreicheren Präventionsstrategien zu gelangen, beschäftigte sich Kotanyi mit indigenen Konzepten von Krankheit, die in Mosambik und Subsahara-Afrika vorherrschen. Ihre Erkenntnisse deuten darauf hin, dass Infektion, Krankheit und Heilung Dimensionen des gesellschaftlichen Lebens sind, die nicht einzeln behandelt werden können, sondern in ihrer Einbindung in die eigene Gemeinschaft. So muss die Prävention systematisch lokale Gemeinschaften inkludieren, lokale Sprachen verwenden und landläufige Formen der Verbreitung von Information anwenden. Broschüren zum Beispiel sind keine adäquate Art der Aufklärung in hauptsächlich mündlichen Kulturen, die auf Metaphern, Geschichtenerzählen, Lied und Tanz beruhen.

Darüber hinaus erklärt Kotanyi, dass es viel mehr Sinn macht, soziale Konzepte der Verunreinigung anzusprechen, anstatt nur biologische Ursachen für die HIV-/AIDS-Infektion zu berücksichtigen. Wenn indigene Konzepte zur Verbreitung der Infektion führen, sollten sie mit traditionellen HeilerInnen, Fachleuten der indigenen Medizin und den örtlichen Behörden

diskutiert werden, um sie entsprechend anzupassen. Immer wenn sich Konzepte zur Förderung der Prävention eignen, sollten sie in Präventionsstrategien eingebunden werden. Dabei ist es wichtig, diese Konzepte nicht einer biomedizinischen Logik unterzuordnen, sondern sie mit bestehenden biomedizinischen Präventionsstrategien zu parallelisieren.

Auf diese Weise müssen sich Menschen, die an Präventionsbemühungen beteiligt sind, mit indigenen Konzepten beschäftigen, um die Prävention effektiver zu gestalten. Durch die Beachtung unterschiedlicher Ätiologien könnte die HIV-/AIDS-Prävention ihre Wirkung verstärken.

2.5 Wenn Gesundheitspersonal kulturellen Unterschieden gegenübersteht

2.5.1 Gesundheitspersonal und wie es PatientInnen aus verschiedenen ethnischen Gruppen wahrnehmen

Verfasst von Suki Rai, Großbritannien

Quellenangabe

Kai, J.; Beavan, J.; Faull, C.; Dodson, L.; Gill, P.; Beighton, A. (2007): Professional uncertainty and disempowerment responding to ethnic diversity in health care: a qualitative study (Professionelle Unsicherheit und Entmachtung als Antwort auf ethnische Vielfalt im Gesundheitswesen: eine qualitative Studie, übers. CW). In: PLoS Med, 4(11): 1766–1775.

Einleitung

Europäische Gesellschaften werden in Bezug auf Ethnizität, den nationalen und kulturellen Hintergrund ihrer Mitglieder immer vielfältiger. GesundheitsexpertInnen und EntscheidungsträgerInnen versuchen zu gewährleisten, dass jedeR gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitswesen hat, aber es gibt zunehmende Hinweise auf **Ungleichheiten zwischen ethnischen Gruppen in Bezug auf den Gesundheitszustand**.

Organisationen und Einrichtungen im Gesundheitsbereich haben **Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu „kultureller Kompetenz“** eingeführt, um Fähigkeiten von Einzelpersonen und Organisationen zu fördern, die es ermöglichen, besser mit Menschen unterschiedlicher kultureller Hintergründe zu arbeiten. Das Gesundheitspersonal lernt dabei Unterschiede in den Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Maßnahmen, verschiedene Religionen und Kommunikationsstile kennen. Dies soll ihnen dabei helfen, die bestmögliche Versorgung zu bieten.

Der Beitrag zielt darauf ab, zu verstehen, wie **Personal im Gesundheitsbereich seine Arbeit mit PatientInnen aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen erlebt und wahrnimmt**. Insbesondere geht es darum, ob ihr Verhalten sich unterscheidet, wenn sie mit PatientInnen unterschiedlicher ethnischer Gruppen zu tun haben, und ob das zu gesundheitspezifischen

Ungleichheiten beiträgt. Diese **qualitative Studie fokussierte auf Krebsbehandlungen** und führte 18 Fokusgruppen in primären und sekundären Versorgungseinrichtungen durch, die aus 106 Gesundheitsfachkräften unterschiedlicher Disziplinen bestanden. Die Studie fand in den Midlands in Großbritannien statt.

Methode

Die Studie verwendete Fokusgruppen anstelle von Face-to-Face-Interviews, damit Gruppeninteraktionen stattfinden konnten. Diese Fokusgruppen wurden verwendet, um Einstellungen, Meinungen und Annahmen zu untersuchen und den TeilnehmerInnen die Möglichkeit zu geben, die Perspektiven der anderen zu diskutieren.

Jede dieser Fokusgruppen bestand entweder aus Personen mit demselben disziplinären Hintergrund, um den Erfahrungsaustausch zu ermöglichen, oder aus einer multidisziplinären Gruppe, um Diskussionen innerhalb eines Pflorgeteams anzuregen.

Die Merkmale der TeilnehmerInnen lassen sich wie folgt kategorisieren:

Kategorie	Merkmal	Anzahl (%)
Gesundheitsberuf	Arzt/Ärztin ⁱ	22 (21)
	GemeindekrankenpflegerIn	21 (20)
	KrankenhauskrankenpflegerIn	18 (17)
	GesundheitsexpertIn ⁱⁱ	16 (15)
	AdvokatIn, Anwaltschaft	21 (20)
	AdministratorIn oder ManagerIn im Gesundheitswesen	8 (7)
Berichtete Häufigkeit der Arbeit mit PatientInnen ethnischer Minderheiten	Mindestens täglich	52 (49)
	Mindestens wöchentlich	21 (20)
	Mindestens monatlich	8 (7)
	Seltener als monatlich/unregelmäßig	25 (24)
Altersspanne (y)	24–35	25 (24)
	36–45	34 (32)
	46–55	33 (31)
	56–65	14 (13)
Ethnischer Hintergrund	Weiß und geboren in UK	63 (59)
	Südasiens ⁱⁱⁱ	31 (29)
	Afrikanische Karibik	3 (3)
	Weißer EuropäerIn	7 (7)
	Chinese/-in	2 (2)
Neben Englisch weitere gesprochene Sprachen	Südasiatisch ^{iv}	27 (25)
	Kantonesisch/Mandarin	2 (2)
	Karibische Mundart	2 (2)
	Afrikanisch ^v	2 (2)
	Andere europäische Sprachen ^{vi}	14 (13)

^{iv} Urdu, Punjabi, Hindi, Mirpuri, Sylheti oder Bengali

Die Diskussionen wurden mit einer offenen Frage begonnen: „Können Sie von einem Erlebnis erzählen, das Sie bei der Betreuung von Menschen einer ethnischen Minderheiten gemacht haben?“ Die Diskussionen dauerten zwischen eineinhalb und zwei Stunden.

Ergebnisse

Die interviewten Fachkräfte wollten einen guten Standard für die Versorgung von PatientInnen mit unterschiedlichen Hintergründen bieten. Allerdings machten sie die Erfahrung, dass die **Kommunikation, Sprache und Arbeit mit den Familien der PatientInnen eine Herausforderung für sie darstellte.**

Berufliche Unsicherheit

Die Fachkräfte sagten, dass sie sich **unsicher** fühlten, wenn sie mit PatientInnen konfrontiert waren, die sie als kulturell anders wahrgenommen haben. Angesichts der „Unterschiede“ fühlten sich die Fachkräfte beunruhigt und unbehaglich. Die Befragten betonten, dass ihnen das kulturelle Wissen fehlte und dass sie sich Sorgen darüber machten, wie dies die Versorgung ihrer PatientInnen beeinträchtigen würde. Sie befürchteten, dass ihr Mangel an Wissen zu „Fehlern“ führen könnte oder sie etwas falsch auffassen könnten.

Einige Fachleute waren **besorgt, dass ihr Mangel an kulturellem Wissen als diskriminierend oder rassistisch** wahrgenommen werden könnte. Allerdings fanden einige Befragte, dass, wenn sie mehr Anstrengungen unternahmen, auf die kulturellen Bedürfnisse ihrer PatientInnen einzugehen, dies als bevorzugte Behandlung wahrgenommen werden könnte, nicht nur von PatientInnen, sondern auch von KollegInnen.

Fokus auf kulturelle Kompetenz

Die Fachkräfte haben ihre eigene Unwissenheit und die Notwendigkeit, ihr kulturelles Bewusstsein zu steigern, erkannt. Sie merkten, dass sie eine Schulung darüber benötigten,

^v Shona oder Swahili

^{vi} Französisch, Deutsch, Spanisch oder Italienisch

wie man PatientInnen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen behandeln kann.

Einige schlugen vor, dass sie in Situationen, in denen Fachkräfte mit PatientInnen aus einer von der eigenen unterschiedenen ethnischen Gruppe konfrontiert waren, die PatientInnen direkt bitten könnten, Probleme zu erklären. Allerdings brachte dieser Ansatz die Sorge auf, dass sie etwas Falsches sagen könnten, was ihre PatientInnen beleidigen könnte. Zum Beispiel:

„Anstatt zu denken, das ist ein Patient, ... behandeln wir sie genauso wie wir irgendeinen anderen Patienten auch ... Sie werden von der Tatsache überwältigt, dass es eine ethnische Gruppe statt einer Person ist.“ (Palliativpflegeteam) (übers. CW)

Die meisten Befragten hatten das Bedürfnis, mehr über verschiedene Kulturen zu lernen und Leitlinien in Hinsicht auf kulturelle Unterschiede zur Verfügung gestellt zu bekommen. Andere dachten jedoch, dass angesichts der Vielfalt innerhalb der ethnischen Gruppen dies zu Stereotypisierungen von PatientInnen führen könnte und dass PatientInnen als Individuen behandelt werden sollten. Zum Beispiel:

„Natürlich haben wir jetzt die Kulturen verwechselt, nicht wahr? Wir haben eine zweite und dritte Generation von Kindern und Enkeln, die in vielen Familien ziemlich verwestlich sind ... ganz hart, dies in unsere Köpfe zu bringen, nicht wahr? Weil wir nicht ganz wissen, mit wem wir es zu tun haben ...“ (Palliativpflegeteam: 5, übers. CW)

„Auch wenn du sagen möchtest, dass diese Person polnisch ist, da wird es alle Arten von verschiedenen Vorlieben und Abneigungen, Vorlieben, kulturelle Unterschiede, jeder ist anders ...“ (Palliativpflegeteam: 5, übers. CW)

„Es ist keine Produktlinie, die du kennst. Jeder Mensch ist individuell. Die Bedürfnisse von Frau X sind anders als die von Frau Y, obwohl sie die gleiche Krankheit haben. Es ist wirklich nicht, man kann das nicht schwarz und weiß sehen ... es hängt davon ab, von Person zu Person. Jeder Fall ist anders.“ (Arzt, übers. CW)

Es gab nur wenige Fälle, in denen sich Fachkräfte fähig fühlten, ihre „Unsicherheit“ mit den PatientInnen zu besprechen oder sogar die PatientInnen zu fragen, ihre Perspektive, Sorgen oder Überzeugungen anzusprechen. Es gab jedoch die folgenden zwei Ausnahmen.

„Um darüber nachzudenken, wie du mit Leuten sprichst und darüber nachzudenken, was die Familie und was der Patient/die Patientin selbst am meisten wissen will und wie sie es wissen wollen ... Es ist zuhören, nicht? Es ist sich bewusst machen, man kann nicht einfach sagen, dass dies eine muslimische Familie ist, deshalb ist das jetzt das, wie ich es als Vorlage machen werde ... Du musst in der Lage sein, zu ändern, wie du mit diesen Situationen umgehen kannst ...“ (Arzt: 3–5, übers. CW)

„Ich denke, was mir geholfen hat, es ist sehr viel in der Beratungsausbildung eingebaut ... ist ein Modell rund um die Arbeit mit jeder Art von Unterschied, anstatt um Checklisten ... und doch kämpfe ich noch, zu lernen, wie man Menschen, die sehr, ganz anders als ich sind, begegnen soll.“ (Multidisziplinäres Hospiz-Team, übers. CW)

Professionelle Entmachtung

Diese Unsicherheit, die die Fachkräfte erlebten, hatte entmachtende Effekte. Sie fühlten sich durch Besorgnis und Stress entmachtet, wenn sie interkulturelle Interaktionen erlebten. Die Befragten machten sich darüber Sorgen oder wussten nicht, wie sie ihre PatientInnen nach Werten und Perspektiven, die ihnen wichtig waren, fragen sollten. Die Fachkräfte, die Erfahrung in Bezug auf Diversity hatten und bereits Schulungen zu kulturellem Bewusstsein gemacht hatten, waren immer noch besorgt, dass sie etwas falsch machen und ihre PatientInnen beleidigen könnten. Die Befragten gaben auch an, dass sie sich in ihrer Professionalität herausgefordert fühlten und sich Sorgen machten, dass ihre PatientInnenversorgung beeinträchtigt werden könnte.

Andere waren der Meinung, dass PatientInnen mit unterschiedlichen ethnischen Hintergründen Fachkräften aus einem ähnlichen ethnischen Hintergrund "zugeordnet" werden sollten.

Manche meinten, dass sie sich aufgrund der Angst, etwas falsch zu machen, nicht so gut in der Lage fühlten, Vertrauen und Empathie herzustellen. Einige fühlten sich nach der Schulung zu kulturellem Bewusstsein dazu besser befähigt. Zum Beispiel:

„Ich habe an einem Workshop teilgenommen ... (die Nachricht war) wir alle haben grundsätzlich die gleichen Bedürfnisse ... verstrick dich nicht ... weil du dir Sorgen

machst ... wir müssen versuchen, einen Weg finden, um sicherzustellen, dass die Menschen einen Zugang zu Diensten haben. Für mich ist das schon ziemlich befreiend ... Ich muss nicht alles über jede Religion, jede Kultur wissen ... Ich fand das sehr hilfreich und ich glaube, es ist leicht, sich hinter, ich weiß nicht, zu verstecken und vielleicht brauchen sie etwas anderes und ich kann es nicht geben ...“ (Multidisziplinäres Palliativpflege team, übers. CW)

Conclusio

Die Fachkräfte in dieser Studie wollten allen PatientInnen eine gute Versorgung bieten. Allerdings erlebten manche Unsicherheiten, wenn sie mit PatientInnen konfrontiert waren, die sie als kulturell anders empfanden – sie fühlten sich unwohl. Sie befürchteten, dass ihr Mangel an Wissen zu Fehlern führen könnte oder dass sie etwas falsch auffassen könnten.

Einige Fachkräfte waren besorgt darüber, dass ihr Mangel an kulturellem Bewusstsein als rassistisch oder diskriminierend empfunden werden könnte. Im Gegensatz dazu dachten einige StudienteilnehmerInnen, dass ihre Anstrengungen zur Anpassung an kulturelle Bedürfnisse als bevorzugte Behandlung von PatientInnen und KollegInnen wahrgenommen werden könnte.

Der Ansatz, eineN Patienten/-in direkt zu fragen, um ihre Probleme herauszufinden, verursachte einigen Angst, dass sie dabei etwas Falsches sagen oder machen könnten, was den/die Patienten/-in beleidigen könnte.

Es gab Sorgen in Bezug auf interkulturelle Interaktionen. Die Befragten wussten nicht, wie sie ihre PatientInnen nach Werten und Vorstellungen, die ihnen wichtig waren, fragen sollten. Sogar wenn Fachpersonal bereits eine Schulung zur Förderung kulturellen Bewusstseins erhalten hatte, machten sie sich immer noch Sorgen, dass sie etwas falsch machen oder ihre PatientInnen beleidigen könnten.

Besorgniserregend war, dass manche Fachkräfte die Meinung vertraten, dass PatientInnen mit anderen ethnischen Hintergründen von Fachkräften mit ähnlichem Hintergrund betreut werden sollten. Dies würde eine weitere Stereotypisierung fördern und den Fachkräften nicht helfen, kulturelle Kompetenz zu erlernen.

Die Ängste und die Gefühle des Unbehagens, die die Fachkräfte beschreiben, könnten

unbeabsichtigt zu gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen.

Personal im Gesundheitsbereich muss kulturelles Bewusstsein aufweisen, ein Verständnis über unterschiedliche Bedürfnisse haben und darüber, was Kultur formt. Sie müssen ihre kulturelle Kompetenz aufbauen, um kulturelle Ignoranz zu vermeiden. Dies würde die Sorgen beseitigen, die Fachkräfte haben, wenn sie sich mit PatientInnen befassen, die sie als kulturell „anders“ wahrnehmen.

Die Fachkräfte müssen sich der kulturellen Unterschiede bewusst werden und sie müssen vermeiden, Kultur aus Angst vor der Beleidigung ihrer PatientInnen komplett wegzulassen. Sie müssen auch jedeN Patienten/-in als Einzelperson betrachten. Sie müssen die individuellen Bedürfnisse ihrer PatientInnen berücksichtigen und ihnen Wahlmöglichkeiten eröffnen. Es muss für jedeN Patienten/-in möglich sein, in seine/ihre gesundheitliche Versorgung selbst involviert zu sein.

3 „Sensitive Zones – Zonen erhöhter Verletzlichkeit“: Die Relativierung von Universalitäten

3.1 Der Körper in einer interkulturellen Perspektive

Verfasst von Éva Nagy, Ungarn

Warum ist es so kompliziert? – Die vielfältigen Interpretationen des Körpers

Wenn wir über den menschlichen Körper nachdenken, sehen wir uns einem vielstimmigen Diskurs gegenüber, der sich aus den verschiedensten wissenschaftlichen Feldern, politischen und kulturellen Bewegungen, Religionen und Kunst speist. Trotz des gemeinsamen Interesses am menschlichen Körper reflektieren diese Ansätze die Phänomene um den Körper auf sehr unterschiedliche Weise, aber beeinflussen sich gegenseitig.

Nach Shilling (2005) ist der Körper ein allgegenwärtiges und zugleich schwer fassbares Thema im modernen Denken, aber nicht nur die Moderne zeigt großes Interesse daran. Kaum eine Gesellschaft in Raum und Zeit lässt den menschlichen Körper unbeschrieben oder unberührt und ‚verwendet‘ ihn nicht, um darin ihre Regeln und Werte einzuschreiben oder Begriffe von Macht, Existenz und sozialer Begrenzung anzuzeigen.

Eine mögliche Erklärung der Allgegenwart des menschlichen Körpers entstammt vielleicht aus seinem doppelten Charakter, nämlich seiner individuellen und gleichzeitig universellen Eigenschaft. Einerseits ist der Körper das Territorium des Unbewussten und des Instinkts, und als solches ist er eine Quelle für sehr intime, persönliche Gespräche und subjektive Reflexionen. Auf der anderen Seite wird der menschliche Körper als universelle Kategorie betrachtet: Alle Menschen besitzen einen Körper, wobei sich das Wort „Besitz“ auf die universelle Erfahrung der Körperlichkeit bezieht, als ein fundamentaler Teil der menschlichen Existenz. Einfach gesagt, leben wir alle in einem Körper, der als Schnittstelle von Persönlichem und Sozialem, Gemeinsamem und Individuellem, Materiellem und Geistigem gesehen werden kann. Typische Konflikte der modernen Gesundheitssysteme, wie zum Beispiel die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn oder allgemeiner die Definitionen von Krankheit,

Behinderung und Gesundheit oder die problembehaftete Beziehung westlicher Gesellschaften zum menschlichen Körper (zum Beispiel Konzepte von Schönheit, Tod, Leiden und Schmerz) sind mit dieser Dualität verbunden.

Der gesellschaftlich eingebettete Körper

Die medizinische Anthropologie interpretiert diese Art von Dualität durch die Linse der gesellschaftlichen Einbettung des Körpers. Vereinfacht dargestellt geht es um die Differenzierung zwischen den beiden koexistierenden Dimensionen körperlicher Erfahrung, nämlich des physischen Körpers und des sozialen Körpers. Wir alle haben eine physische Erfahrung des Körpers, die niemals allein steht, sondern tief in einen sozialen Kontext eingebettet ist. Daher ist der soziale Körper eine Sammlung von sozial und kulturell definierten Kategorien, die immer das Wissen über den physischen Körper verändern. Die Art und Weise, wie wir über verschiedene Eigenschaften von Körpern denken, wie etwa seine optimale Größe und Form sein soll oder über die verschiedenen Funktionen und die Struktur des Körpers wird sozial hergestellt. Auch Geschlecht oder Alter sind sozial konstruiert und drücken ein Universum an kulturell definierten Bedeutungen aus (Synnott 1993). Gleichzeitig ist der Körper ein Filter, durch den wir mit der Welt um uns in Kontakt treten. So beeinflussen sich der physische und soziale Körper andauernd gegenseitig.

Howson veranschaulicht diese Einbettung mit großer Plastizität durch ein kurzes Experiment der Selbstuntersuchung: „Denke nur für einen Moment an deinen eigenen Körper. Wo fängst du an? Mit deinem Aussehen (der Pickel, der aus dem Nichts entstanden ist, der Bad-Hair-Day)? Mit seiner Form und Größe (...)? Bist du dir deines Körpers manchmal bewusster als an anderen Tagen, etwa wenn du in einem überfüllten Raum über deine eigenen Füße stolperst, unabsichtlich rülpst, oder wenn dir in Gesellschaft ein Furz entwischt? (...) Denke jetzt an die Körper anderer Leute (...) bald wirst du feststellen, dass dir die Körper anderer Menschen auf andere Weise auffallen – Geruch, Größe und Form, persönliche Gewohnheiten. (...) Leute erleben und interagieren mit der sozialen Welt und mit anderen Menschen aus einer verkörperten Perspektive. Mit anderen Worten (...) die physischen Eigenschaften unseres eigenen Körpers tragen dazu bei, unsere Wahrnehmungen und Interaktionen mit anderen im Alltag zu gestalten.“ (Howson 2004: 2, übers. CW)

Der menschliche Körper besitzt eine große Symbolkraft. Unter Bezugnahme auf Mary Douglas (1996) kann der physische Körper als ein natürliches Symbol betrachtet werden, d. h. der Körper symbolisiert „das Verhältnis von Teilen eines Organismus zu einem Ganzen“, konkreter, das Verhältnis des Individuums zu seiner Gesellschaft. Im primären Sinne dient der physische Körper als endlose Ressource von Analogien für soziales und politisches Leben (wie Regierungsoberhaupt, sozialer Körper, Herz eines Landes usw.). Darüber hinaus können wir in den Praktiken der Körperregulation die Kontrollmöglichkeiten der Gesellschaft über ihre Mitglieder identifizieren. Eine wachsende soziale Kontrolle impliziert die Stärkung und Erweiterung der körperlichen Kontrolle: Sie erweitert sich auf ein breites Spektrum körperbezogener Phänomene, wie Gerüche, Geräusche, Bewegungen und Kommunikation über die inneren Prozesse. So gibt es in allen Gesellschaften Regeln darüber, welche Teile des Körpers öffentlich gezeigt werden dürfen, und welche nicht. Oder es gilt als inakzeptabel, über verschiedene Funktionen oder Organe des Körpers zu sprechen (oder manchmal sogar darüber nachzudenken). In hochregulierten Gesellschaften bleibt der Körper in sozialen Interaktionen fast gänzlich unsichtbar. „Je komplexer das System der Klassifikation und je stärker der Druck, es zu erhalten, desto eher wird bei sozialem Austausch so getan, als finde er zwischen Personen ohne Körper statt. Im Zuge der Sozialisation lernen Kinder, organische Prozesse unter Kontrolle zu bringen.“ (Douglas 1996: 76, übers. CW) Zusammenfassend ist der Körper ein Symbol des Selbst, die verkörperte Identität eines Menschen, was wir sind. Gleichzeitig ist der Körper ein Symbol der Gesellschaft: Es ist etwas, das wir haben, die größte Determinante des Selbst, weil sich soziale Bedeutungen durch Körperregelungen manifestieren (Synnott 1993: 1–2).

Als Folge dieser Beziehung zwischen dem physischen und dem gesellschaftlichen Körper bietet die symbolische Kraft des Körpers ein perfektes Feld für die medizinische Anthropologie, um sich mit Machtverhältnissen, sozialen Unterschieden, Familiensystemen oder religiösen Überzeugungen verschiedener Kulturen zu beschäftigen. Der Körper verändert sich beständig (angefangen bei der Geburt, über körperliche Anomalien bis hin zum Tode). Aus diesem Grund stellt er ein besonderes Feld für die kultur- und sozialanthropologische Untersuchung kulturell vielfältiger Antworten auf die universelle Erfahrung der Vulnerabilität des menschlichen Lebens dar.

Die kulturellen Konnotationen von fehlerhaft funktionierenden oder behinderten Körpern sind nicht weniger aufschlussreich für die anthropologische Forschung. Die medizinische Anthropologie begann ihren Aufstieg nach dem Zweiten Weltkrieg, und die ersten Hinweise auf angewandte Anthropologie im Bereich der Medizin finden sich in den frühen 1960er Jahren (Sobo 2011). Der Körper selbst rückte allerdings erst in den 1990er Jahren in den Fokus der medizinischen Anthropologie (Lock 1993, Green 1998). Ausschlaggebend dafür war ein wachsendes Bewusstsein und Interesse am Körper seit den späten 1970er Jahren, wodurch die Problematik des Körpers langsam im Horizont der medizinischen Anthropologie auftauchte. Fragen von Bio-Macht und Gouvernementalität, die von Foucault ausgearbeitet wurden, und die festgestellten Diskrepanzen zwischen medizinischen Taxonomien und subjektiven Erkrankungen von PatientInnen ließen die Anthropologie auf biomedizinische Kategorien aufmerksam werden (Lock 1993: 140–141). Im Zentrum der medizinanthropologischen Auseinandersetzung mit dem Körper steht dabei gerade eine kritische Betrachtung der Dominanz des biomedizinischen Körpermodells in modernen Gesellschaften. Woher rührt diese Dominanz?

Aufgrund des Triumphs der modernen Medizin, die auf naturwissenschaftlichen Traditionen basiert, wird das medizinische Verstehen im 20. Jahrhundert zum legitimsten und einzig kompetenten Weg, um über den menschlichen Körper zu sprechen. Das biomedizinische Modell reduziert körperliche Ereignisse auf somatische Fragen, wodurch die sozialen, kulturellen, psychologischen oder mentalen Aspekte aus der Kosmologie körperbezogener Phänomene ausgeschlossen werden. Biomedizin betrachtet Körper als eine anatomische, physiologisch definierte komplexe Einheit. Körperliche Leiden oder Krankheiten können mit Hilfe des universellen Klassifikationssystems der Medizin analysiert und behandelt werden. Mit dem Aufstieg der klinischen Medizin in der Mitte des 19. Jahrhunderts ist der/die PatientIn ein mehr oder weniger passives Element im Heilungsprozess, das sich den Anweisungen des Arztes/der Ärztin unterordnet (Jewson 2009). Die moderne Medizin etablierte die Grundlagen der massenmedizinischen Versorgung, um tausende von Fällen zu behandeln. Nach Weber ist die Wirksamkeit dieser komplexen Organisationen durch die Rationalisierung aller Ebenen der Arbeit, Hierarchie der Autorität und Regulierung der Akteure/Akteurinnen (Larkin 2011) garantiert. Der Rationalisierungsprozess (Ritzer 1993) dehnt sich notwendigerweise auch auf die PatientInnen aus. Eine Kategorie des/der „durchschnittlichen Patienten/-in“ wird benötigt,

um die die Effizienz hochzuhalten. Dabei können die kulturell/gesellschaftlich gefärbten, immer unterschiedlicheren individuellen Bedürfnisse, besondere oder seltene Probleme von PatientInnen leicht unsichtbar bleiben. Infolgedessen erlebt der/die PatientIn, mit ihrer/seiner Identität, den individuellen Bedürfnissen, der Lebensgeschichte, Ängsten etc. eine unpersönliche Behandlung im uniformen System der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus beeinflussen die Rationalisierung der medizinischen Versorgungssysteme (Ritzer 1988) und die damit verbundenen Konzepte von Laien und das damit einhergehende Wissen über den Körper auch die Ärzteschaft.

Als Antwort auf diese Herausforderungen beobachtet die Anthropologie die Akteure/Akteurinnen in der Welt der Gesundheit und Krankheit in ihrer Gesamtheit und trennt sie niemals von ihren sozialen und kulturellen Kontexten ab. Körper wird als multidimensionales, komplexes Phänomen betrachtet, das mit vielfältigen Methoden untersucht werden sollte (Bánfalvy, Molnár 2000).

Beispiele für den gesellschaftlichen Körper – die Identität und Technologien der Körperveränderung

Auf der Suche nach Beispielen für die Schnittstelle von physischem und sozialem Körper könnte die Veränderung des Körpers eines der am häufigsten verwendeten Beispiele sein. Der Körper ist eine Schnittstelle zwischen dem Selbst und der Gesellschaft: Die beiden Sphären nutzen ihn wie ein schwarzes Brett für die fortwährende Kommunikation, so weit, dass wir den Körper nicht in rein physischem Sinne denken können, auch wenn er in seiner natürlichsten Form auftritt. Temporäre Formen von Körperveränderungen, wie Bodypainting oder permanente Techniken wie Tattoos und Beschneidung lassen sich in verschiedensten Gesellschaften beobachten (Sanders-Vail 2008). Die Menschen benutzen diese Methoden als ästhetische Praxis, um attraktiver zu sein oder als Werkzeug der Selbstdarstellung. Aber Körperveränderung ist auch ein Mittel der Zurschaustellung des sozialen Status. Eben erwähnt die rituelle Tätowierung der verheirateten Ainu-Frauen in Japan, die eine blaue schnurrbartähnliche Tätowierung erhielten, um sie von den unverheirateten weiblichen Mitgliedern der Gemeinschaft zu unterscheiden. Eine kleinere Version des Tattoos wurde in ihrer Pubertät vorbereitet und erhielt nach der Hochzeit ihre endgültige Form. Neben dem Gesicht wurden auch die Hände der verheirateten Frauen tätowiert, um ihre Loyalität und

Treue zu ihren Männern auszudrücken (Ebin 1979). Körperveränderung, zum Beispiel kosmetische Chirurgie in modernen Gesellschaften, kann als Inschrift des Körpers interpretiert werden, d. h. Gesellschaften stellen ihre Standards der Normalität, Gesundheit oder Schönheit durch die bevorzugte Größenänderung und Techniken der Körperveränderung dar. Das kann auch als Weg zur Disziplinierung und Regulierung der Mitglieder gesehen werden. In Zeiten der Überflutung mit Bildern von Körpern könnten Tätowierungen oder Piercings eine Art Protestaktion gegen die Virtualität des Körpers sein und seine „Fleisch und Blut“-Wirklichkeit in den Vordergrund rücken. Schildkrout meint dazu:

„Diese Praktiken können sehr symbolisch sein, aber sie sind nicht metaphorisch. Sie repräsentieren eine Art ‚Grenzschutz‘ (Fleming 2001: 84) zwischen Selbst und anderen und zwischen gesellschaftlichen Gruppen. Sie involvieren unweigerlich Individuen, die Schmerzen erleben, verschiedene Arten von Ritualtod und Wiedergeburt durchlaufen und die Beziehung zwischen Selbst und Gesellschaft über die Haut neu definieren.“ (Schildkrout 2004: 320, übers. CW)

Kurz gesagt, reflektieren der physische und der soziale Körper einander durch die Beziehungen zwischen der natürlichen und künstlichen Veränderung des Körpers. Die Zeichen der vorübergehenden Zeit wie Falten, Gewichts- und Größenveränderungen oder veränderte körperliche Leistungsfähigkeit geben in Form von Körpermodifikation soziale Antworten. Dennoch gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen traditionellen Gesellschaften und modernen Konsumgesellschaften. Wie Featherstone ausführt, werden in den traditionellen Gesellschaften alle relevanten Meilensteine des Lebens von körperlichen Ritualen begleitet, in denen Aktivitäten mit physischen und biologischen Wurzeln (Essen, Trinken, Dekoration, Verletzung, Reinheitsrituale) den sich verändernden sozialen Status des sich natürlicherweise verändernden Körpers symbolisieren. Somit lenkt die körperliche Veränderung die Aufmerksamkeit auf den Lauf der Zeit. In modernen Gesellschaften treten Körpervariationstechniken in umgekehrter Weise auf: die Umgestaltung des Körpers wird mit dem Ziel, die Spuren der Zeit zu verbergen, durchgeführt. Die Grenzen zwischen Lebenszyklen verschwinden oder werden zumindest unscharf und durchlässig. Die symbolischen Effekte der Körperveränderung gehen möglicherweise unter der Haut. Die Erhaltung des Körpers ist eine zeitaufwändige Aktivität und dient dessenthalb zur Darstellung eines Lebensstils. Der junge, funktionstüchtige und dünne Körper gilt als Meisterwerk des Lebens und die gesellschaftliche Relevanz der Attraktivität gewinnt an Bedeutung für die Interaktionen der

Gesellschaftsmitglieder. Es ist die Ära in der die Arbeit am eigenen Körper, die Bewahrung von Jugend und Agilität ein hohes Gut darstellt (Featherstone 1982).

Zusammenfassung

Die Entwicklung von vielfältigen Konzepten rund um den Körper spiegeln seine innere symbolische Kraft wider, aber bei den Analysen von Bedeutungen und Interpretationen dieser Symbole ist es wichtig, zu unterscheiden zwischen: einen Körper haben, körperlich handeln und ein Körper sein. „Wir werden daran erinnert, dass das Selbst und der Körper keine voneinander fein säuberlich abtrennbaren Entitäten sind und dass Erfahrung, egal ob bewusst oder unbewusst, immer verkörpert ist.“ (Nettleton 2010: 57, übers. AR) Aus der Sicht der alltäglichen Praxis der Gesundheitsversorgung zeigt die Anerkennung dieser Verbundenheit einen Weg zu einem komplexen Modell von Gesundheit, Krankheit und Behinderung, und im allgemeineren Sinne schafft es eine Chance für ein selbstreflexives Verständnis von Medizin und Arbeit im Gesundheitswesen.

Literaturhinweise

- Bánfalvi. A.; Molnár. P. (2000): Az orvosi antropológia státusáról. Egy hallgatói dolgozatkérdés tanulságai. In: LAM, 10(11-12): 916–922.
- Douglas, M. (1996): The two bodies. In: Douglas, M.: Natural Symbols. London, New York: Routledge: 69–88.
- Ebin. V. (1979): The Body Decorated. London: Thames and Hudson.
- Featherstone, M. (1982): The Body in Consumer Culture. In: Theory, Culture and Society, 1(2): 18–33.
- Green, L. (1998): Lived Lives and Social Suffering: Problems and Concerns in Medical Anthropology. In: Medical Anthropology Quarterly 12/1: 3–7.
- Howson. A. (2013): The Body in Society. Cambridge: Polity Press.
- Jewson, N. D. (2009): The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1870. In: International Journal of Epidemiology, 38: 622–633.
- Larkin, M. (2011): Social Aspects of Health, Illness and Healthcare. Open University Press: 191.

- Lock, M. (1993): Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge. In: Annual Review of Anthropology, 22: 133–55.
- Nettleton, S. (2010): The Sociology of the Body. In: Cockerham, W. C. (Hrsg.): The New Blackwell Companion to Medical Sociology. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Reischer, E.; Koo, S. K. (2004): The Body Beautiful: Symbolism and Agency in the Social World. In: Annual Review of Anthropology. Vol. 33:297-317.
- Ritzer, G.; Walczak, D. (1988): Rationalization and Deprofessionalization of the Physicians. In: Social Forces 67 (1): 1–22.
- Ritzer, G. (2014): The McDonaldization of the Society. Thousand Oaks: SAGE Pub.
- Sanders, C. R.; Vail, A. D. (2008): Customizing the Body. The Art and Culture of Tattooing. Philadelphia: Temple University Press.
- Schildkrout, E. (2004): Inscribing the Body. In: Annual Review of Anthropology. 33: 319–44.
- Shilling, C. (2005): The Body in Culture, Technology and Society. SAGE Pub., London.
- Sobo, E. J. (2011): Medical Anthropology in Disciplinary Context: Definitional Struggles and Key Debates (or Answering the Cri Du Coeur). In: Singer, M.; Ericson, P. I. (Hrsg.): A Companion to Medical Anthropology. Oxford: Wiley-Blackwell: 9–29.
- Synnot, A. (1993): The Body Social. Symbolism, Self, and Society. Routledge, London.
- Turner, B. S. (1997): A test elméletének újabb fejlődése. In: Featherstone M.; Hepworth, M.; Turner, B. S.: A test: Józseveg könyvek. Bp.

3.2 Die soziale Konstruktion von Geschlecht

Verfasst von Diana Szántó, Ungarn

Geschlecht in einer interkulturellen Perspektive

In interkulturellen Studien wurden häufig Versuche unternommen, Dimensionen zu identifizieren, nach denen sich Kulturen unterscheiden lassen. Einer der führenden Forscher im Bereich Interkulturalität, Hofstede (2001), hat sechs Dimensionen zur Unterscheidung vorgeschlagen. Eine davon ist die Achse maskulin/feminin. In seiner Theorie bewerten die maskulinen Kulturen den Wettbewerb und die Kraft hoch, während weibliche Kulturen mehr Wert auf Fürsorge und Zärtlichkeit legen. Diese Teilung entspricht so sehr dem stereotypen Bild von Männern und Frauen in westlichen Kulturen, dass es nur plausibel erscheint. Aber haben wir Grund zu der Annahme, dass die Verteilung dieser Eigenschaften entlang der Unterteilung weiblich/männlich universell ist?

Gender ist die soziale Bedeutung, die den Geschlechtern – Männern, Frauen, und in Gesellschaften, die das erlauben, geschlechtlichen Positionen, die diese Dualität sprengen – zugeschrieben wird. Geschlecht basiert auf biologischen Geschlechtsmerkmalen, ist aber nicht von ihnen bestimmt. Es geht nicht um Biologie, sondern um Repräsentationen und gesellschaftliche Erwartungen. Natürlich weiß Hofstede, dass Geschlechterrollen sozial konstruiert sind und folglich von Gesellschaft zur Gesellschaft stark variieren können, aber auch er hält eine implizite Annahme von der Universalität der Geschlechterrollen, wie wir sie in den meisten westlichen Gesellschaften haben, aufrecht.

Ethnografische Fakten aus verschiedenen Teilen der Welt widersprechen der Annahme. Einer der ersten Kultur- und SozialanthropologInnen, die es geschafft hat, Ideen über die Universalität von geschlechtsspezifischen Ideologien zu hinterfragen und damit den amerikanischen Ethnozentrismus zu destabilisieren, war Margaret Mead. Mit ihrem „Coming of Age in Samoa“ zeigte sie der amerikanischen Öffentlichkeit, dass nicht nur unterschiedliche Ideale von Sexualität und unterschiedliche Geschlechterverhältnisse auf der Welt existieren, sondern anscheinend samoanische Mädchen, die mit viel liberaleren Sitten aufwuchsen als gleichaltrige amerikanische Mädchen, zu glücklicheren jungen Frauen heranwuchsen. Das

Erforschen verschiedener Kulturen hilft uns, unsere grundlegendsten Vorstellungen über Geschlecht zu hinterfragen. In Europa zum Beispiel neigen wir dazu, es für selbstverständlich zu halten, dass „Mütter besorgter sind, Väter distanzierter“, „Mütter Sicherheit repräsentieren, Väter Disziplin“. Wir glauben sogar oft, dass sexuelle Emanzipation und Gleichberechtigung der Frauen eine Frage der Entwicklung ist und daher ein Vorteil, den moderne Gesellschaften gegenüber traditionellen haben. Wir finden es logisch, dass es in „traditionellen Gesellschaften die Rolle der Frau ist, zu gebären und sich um den Nachwuchs zu kümmern (zwei untrennbare Rollen), die des Mannes, die Familie zu schützen“. Das Erforschen von Geschlecht aus einer anthropologischen Perspektive ermöglicht ein besseres Verständnis der subtilen Wechselbeziehung zwischen Biologie und Kultur und trägt zur wichtigen Erkenntnis bei, dass nicht alles, was logisch klingt, unbedingt wahr oder universell anzutreffen ist.

Die wissenschaftliche Forschung in Bezug auf Primaten scheint zu bestätigen, dass männliche Aggression und weibliche Zärtlichkeit in unser biologisches Erbe eingeschrieben sind und diese Tatsache durch die Funktionalität einer solchen Trennung der sozialen Rollen erklärt wird. In den meisten (wenn auch nicht allen!) nichtmenschlichen Primatengesellschaften finden sich tatsächlich solche Muster (Smuts 2001). Doch ForscherInnen beobachteten auch, dass sich männliche und weibliche Primaten in der Gegenwart des anderen Geschlechts anders verhalten. Makaken-Männchen in Gefangenschaft zeigten eine breite Palette an Säuglingspflege, wenn sie von den Weibchen getrennt waren. Umgekehrt entwickelten weibliche Primaten in rein weiblichen Gruppen Verhaltensweisen, die sonst Männchen in gemischten Gruppen zeigten. Interessanterweise scheinen tiefer gehende Forschungen in der Tierwelt den Relativismus der Anthropologie zu unterstützen, wonach sowohl weibliche als auch männliche Individuen ein breites Spektrum an potentiellen Verhaltensweisen in sich tragen, die durch soziale Strukturen aktiviert werden oder alternativ latent bleiben, wenn sie den normalisierten sozialen Mustern widersprechen. Bereits in der nichtmenschlichen Primatenwelt gilt also: Geschlecht ist sowohl biologisch als auch sozial!

In der menschlichen Welt sind kulturelle Variationen noch stärker zu erwarten. Aber intuitiv betrachtet müssen den Unterschieden doch universelle Gründe unterliegen! In allen menschlichen Gesellschaften werden Babys in der Regel als biologisch männlich oder weiblich geboren (was nicht bedeutet, dass es keine Ausnahmen von der Regel gibt). Strukturelle

DenkerInnen wie Lévi-Strauss (1964) und Françoise Héritier (1996) meinen, dass die Dualität der Geschlechter in der Tat nicht nur die Basis der sozialen Struktur, sondern auch des symbolischen (und damit auch des wissenschaftlichen) Denkens ist. Alle unsere kognitiven Funktionen beruhen auf der elementaren Fähigkeit der Kategorisierung, deren fundamentalster Baustein die Fähigkeit ist, in binären Oppositionen zu denken. „Die Dualität der Geschlechter ist gut zu denken“ – wie die StrukturalistInnen sagen, womit sie meinen, dass diese primäre Opposition uns hilft, die Welt als eine Reihe von verwandten Oppositionen von identisch und anders zu verstehen.

Allerdings bedeutet die Tatsache, dass – wenn die StrukturalistInnen richtig liegen – alle Gesellschaften auf der dualen Beziehung der Geschlechter beruhen, keinen biologischen Determinismus. Bei den Inuit zum Beispiel waren das biologische Geschlecht und die Identität der Person getrennt (Héritier 1996). Es ist nicht das biologische Geschlecht des Babys, das seine Identität bestimmen würde, sondern das Geschlecht der Seele, die durch das Baby wiedergeboren werden sollte. Dementsprechend konnte ein Junge, der einen weiblichen Seelennamen trug, bis zur Pubertät als Mädchen erzogen werden – was ihn nicht davon abhielt, soziale Aufgaben zu erfüllen, die mit seinem Geschlecht als erwachsener Mann verbunden waren, ohne jemals den weiblichen Teil seiner Identität zu verlieren. „Mit dem gleichen symbolischen ‚Alphabet‘, das in einer gemeinsamen biologischen Natur verwurzelt ist, erarbeitet jede Gesellschaft verschiedene kulturelle ‚Phrasen‘, die ihnen einzigartig sind“ (Héritier 1996, übers. CW).

Für Héritier verbirgt sich noch mehr hinter dem Unterschied zwischen den Geschlechtern. Männer und Frauen sind nicht nur universell als anders gedacht, sondern befinden sich auch auf einer symbolischen Skala, die von Natur aus hierarchisch ist. Dementsprechend denkt sie, dass die männliche Herrschaft universell ist, was auch in matrilinearen Gesellschaften wahrnehmbar ist, obwohl sie anerkennt, dass sich Herrschaft in sehr unterschiedliche Praktiken und Repräsentationen übersetzen kann, von denen einige subtiler sind als die anderen. Sie bestätigt, dass der wesentliche Grund dieser hierarchischen Ordnung nicht die wirkliche oder zugeschriebene biologische Schwäche der Frauen ist, sondern vielmehr die Folge der menschlichen, d. h. der Fortpflanzung der Säugetiere. Bei den Menschen gibt es eine eindeutige biologische Bindung zwischen Mutter und Kind, während dieselbe Bindung logischerweise nur eine hypothetische zwischen dem Vater und seinen Nachkommen ist.

Folglich versuchen Männer, die Reproduktion durch soziale Mittel zu kontrollieren – dies begründet also die Notwendigkeit ihrer Herrschaft.

Die Vergleichende Ethnografie unterstützt meist die These von Héri-tier. In der Tat ist es schwierig, eine Gesellschaft zu finden, in der keine Ungleichheit zwischen den Geschlechtern existiert und westliche Gesellschaften stellen sicher keine Ausnahme dar. Allerdings scheinen ethnografische Forschungen darauf hinzudeuten, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Beitrags von Frauen zur Binnenwirtschaft einerseits und ihrer sozialen Position andererseits gibt. Gleichheit wächst mit der Anerkennung der weiblichen Arbeit im Haushalt. Auch die Herrschaft ist selten eine absolute Beziehung. Unsere eigenen kulturellen Erwartungen (vor allem unsere Stereotypen über so genannte „traditionelle Gesellschaften“) könnten unsere Sicht trüben und uns davon abhalten, schwer fassbare Mechanismen zu erkennen, die auf ein Gleichgewicht hinarbeiten und dadurch die soziale Stellung der Frauen verbessern.

Auch in Gesellschaften, die für ihre männliche Vorherrschaft bekannt sind, könnten Frauen wichtige Druckmittel und Einfluss haben, die nicht immer sofort beobachtbar sind. Auf Java existiert solch eine Gesellschaft. Ein wichtiger Korpus der kultur- und sozialanthropologischen Literatur beschreibt, wie auf Java der soziale Status mit einer mystischen Macht verbunden ist – ein Merkmal, das gewöhnlich den Männern zugeschrieben wird, da geglaubt wird, nur Männer besäßen die Selbstbeherrschung, die notwendig ist, um mystische Macht zu erreichen. Die äußeren Zeichen der mystischen Macht sind gelassenes, kultiviertes Verhalten und eine ebensolche Art in der Öffentlichkeit zu sprechen. Frauen sind nur ausnahmsweise in der Lage, dieses Ideal zu erreichen. In einer interessanten Studie zeigt Suzanne Berner (2001), dass dieses Bild nicht unbedingt grundfalsch ist, jedoch nur die Hälfte der Wahrheit zeigt.

Berner demonstriert, dass es auf Java (und wahrscheinlich auch anderswo) nicht eine, sondern mindestens zwei Ideologien über Geschlecht gibt: eine hegemoniale und eine gegenhegemoniale. Die Mainstream-Ideologie wird in der Regel von Männern vertreten (und ist deshalb auch für Kultur- und SozialanthropologInnen, die häufig Männer sind, besser zugänglich), und sie reflektiert die Geschlechterverhältnisse genau wie oben beschrieben. Nach der gegenhegemonialen Ideologie sehen die Geschlechterverhältnisse ganz anders aus. Zunächst einmal ist es eine Tatsache, dass in Java Frauen oft wirtschaftlich aktiv sind. Sie

handeln oder haben andere Arbeitsplätze, die sie nicht selten de facto zur Ernährerin der Familie machen, während die Männer die Freizeit zu Hause genießen. Der Markt, wo die meisten VerkäuferInnen Frauen sind (männliche Kaufleute sind Chinesen, Araber oder Europäer!) steht symbolisch als Zeichen eines niedrigen sozialen Status, weil nach der dominierenden Ideologie Umgang mit Geld als vulgär und unschick gilt. Faktisch jedoch verstärkt das Engagement der Frauen im Handel ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit. Frauen halten auch die heimische Wirtschaft in ihren Händen: Von Ehemännern wird erwartet, dass sie den größten Teil oder das gesamte Gehalt an ihre Frauen weitergeben, die dann über die Ausgaben im Interesse der Familie entscheiden. Mädchen können in der gleichen Weise erben wie Jungen und nach der Ehe behalten sie ihr Eigentum. So haben Frauen aus materieller Sicht einen den Männern (quasi) gleichberechtigten Status.

Aus symbolischer Sicht haben Frauen aber trotzdem weniger Ansehen, nicht trotz, sondern gerade wegen ihrer Teilnahme an Wirtschaftsaktivitäten. Frauen streiten laut auf dem Markt, schlagen sich gegenseitig auf scherzhaft Weise und benutzen einen verbalen Stil, der mit der geforderten Gelassenheit unvereinbar ist. Nach der hegemonialen Ideologie ist genau dieses Verhalten der Beweis für die Unfähigkeit der Frauen, sich selbst zu beherrschen, eine Tatsache, die sie auf natürlich scheinende Weise auf den Platz hinter den Männern verweist. Gleichzeitig vertritt der gegenhegemoniale Diskurs (der nicht nur die Stimme der Frauen abbildet) das genaue Gegenteil und zwar, dass Männer weniger fähig sind als Frauen, ihre Leidenschaft zu kontrollieren, weshalb es ratsam ist, sie von Geld fernzuhalten (was sie vermutlich kindischerweise für Frauen ausgeben würden). Diese alternative Ideologie erkennt die doppelte (ökonomische und symbolische) Stärke der Frauen an und bewertet ihre soziale Position entsprechend.

Letztlich dient diese doppelte Verteilung der Geschlechterrollen und geschlechtlichen Stile, so Brenner, dem kollektiven Interesse der Familie. Reichtum ist notwendig für das Ansehen, aber der Prozess des Erwerbs kompromittiert den sozialen Status. Weil Frauen ihren sozialen Status von ihren Ehemännern erhalten, beeinträchtigt ihre Wirtschaftstätigkeit sie nicht sozial, während sie zum Reichtum der Familie beiträgt. Es ist nicht so, dass sich die Frauen ‚von Natur aus‘ in einer weniger würdigen Weise als ihre Ehemänner verhalten; sie sind offensichtlich zur Gelassenheit fähig. In der Tat sind sie diejenigen, die ihre Töchter und Söhne zu Hause gute Manieren lehren, aber in der Öffentlichkeit dürfen sie weniger zurückhaltend sein als ihre

Ehemänner. Infolgedessen verfügen sie über eine breitere Palette an Stilen, sich in der Öffentlichkeit zu verhalten, als Männer. Männer könnten jedoch weniger Selbstbeherrschung zu Hause zeigen, wo sie nicht auf einer öffentlichen Szene sind. Dies ist ein interessantes Beispiel, das beweist, wie Diskurse und Praktiken in Bezug auf Geschlechterstatus in der gleichen Gesellschaft widersprüchlich sein können. Während es eine universelle Tendenz gibt, sich den Unterschied auf einer hierarchischen Skala vorzustellen, kann die Hierarchie von verschiedenen Blickwinkeln betrachtet anders aussehen.

Das javanische Beispiel beleuchtet die wichtigen Nuancen, die die Geschlechterverhältnisse in den meisten Gesellschaften prägen, was jedoch nicht im Widerspruch zu der Vorstellung steht, dass es sich bei Mutterschaft und Vaterschaft um soziale Rollen handelt, die tief in der Biologie verwurzelt sind. Es gibt allerdings starke ethnografische Beweise, dass die Mutterschaft nicht weniger sozial konstruiert ist als die Vaterschaft. Die Baule (Etienne 2001) stellen aus dieser Sicht einen besonders interessanten Fall dar. Der Beitrag zur wirtschaftlichen Produktion ist unter den Baule-Männern und -Frauen gleichermaßen anerkannt, Frauen können einen hohen sozialen Status erreichen. Bis zur Kolonisation waren weiblichen Häuptlinge nicht selten.

Wie in vielen afrikanischen Gesellschaften sind Reichtum und soziale Anerkennung mit der Anzahl der Angehörigen verbunden. Eine große Kinderzahl gilt daher als Quelle für Anerkennung in der Gegenwart und der sozialen Sicherheit in der Zukunft. Da die Nachkommenschaft der Baule allerdings als patrilinear gesehen wird und Frauen im Haus ihres Mannes leben, werden ihre Kinder als Angehörige des Ehemannes und seiner nahen Verwandten betrachtet. Adoption und Pflege könnte eine Lösung für Frauen sein, um ihren sozialen Status zu erhöhen, da adoptierte Kinder, im Gegensatz zu biologischen Kindern, unter der Kontrolle der Frau bleiben, die sie als „Geschenk“ von den biologischen Müttern erhält.

Während Adoption ein zentraler Bestandteil des Verwandtschaftssystems sowohl in ländlichen als auch in städtischen Gemeinden ist, hat sie eine besondere Rolle, um zum sozialen und wirtschaftlichen Aufstieg der Frauen vom Land beizutragen, die in die Stadt ziehen und sich dem Kleinhandel widmen. Ländliche Familien schätzen sich glücklich, einige ihrer Kinder zu Pflegemüttern in die Stadt zu schicken, in der Hoffnung, damit die schulische Ausbildung ihrer Kinder abzusichern. Die mütterliche Betreuung in der Baule-Gesellschaft gilt

nicht als gegebenes Merkmal der biologischen Mutterschaft. Im Gegenteil werden manchmal biologische Mütter als nicht fähig erachtet, Kinder großzuziehen, während einige Adoptivmütter den Ruf haben, ein guter Elternteil zu sein und folglich eine große Anzahl von Kindern zur Erziehung erhalten. Dieser Fall, der in Westafrika nicht selten ist, untergräbt die Annahme, dass Mutterschaft unwiderruflich biologisch determiniert ist, im Gegensatz zur Vaterschaft, die eindeutig sozial ist.

Paradoxerweise zieht die Annahme, dass Vaterschaft sozial konstruiert ist, die These nach sich, dass Väter überall und zu allen Zeiten „natürlich“ weniger Bindung zu ihren Säuglingen entwickeln würden als Mütter. Hewlet (2001) verglich die Zeit, die Väter in den USA und die Aka-Pygmäen der Zentralafrikanischen Republik mit ihrem Kleinkind verbringen und kam zu einem interessanten Schluss. Er fand heraus, dass amerikanische Väter ihre Babys zwischen 10 und 20 Minuten pro Tag, Aka-Väter eine Stunde untermittags und 25% der Zeit nach Sonnenuntergang halten. Aka-Väter verbringen nicht nur mehr Zeit mit ihren Kindern, ihre Elternschaft unterscheidet sich auch von der amerikanischer Väter. Amerikanische Studien betonen die Bedeutung des „wildes Spiels“ der Väter mit ihren Babys. Aka-Väter spielen selten auf solche Weise. Stattdessen zeigen sie Zärtlichkeit: sie küssen, umarmen und beruhigen mehr als Mütter.

Warum ist die Vater-Kleinkind-Beziehung bei den Aka so bemerkenswert? Hewlet antwortet, dies rühre daher, dass Aka-Väter im Leben der Kinder präsenter sind. Dies sei eine Konsequenz der Organisation des Lebens der Aka, im Rahmen derer Männer und Frauen oft gemeinsam in der Essensbeschaffung aktiv sind. Die Aka jagen mit Netzen, wobei Männer, Frauen und größere Kinder gleichermaßen teilnehmen. Die sexuelle Arbeitsteilung bei den Aka ist weit weniger streng als in den meisten Jagd- (und Nichtjagd-)Gesellschaften. Folglich kennen die Väter ihre Kinder besser und müssen keine starken Reize benutzen, um bei der Interaktion mit ihnen eine Reaktion auszulösen. (Es ist interessant, dass nach Hewlett nicht nur amerikanische Väter, sondern auch amerikanische Frauen, die arbeiten und daher weniger Interaktion mit ihren Babys haben, starke Stimuli mit ihren Kindern verwenden.)

Das Beispiel der Aka zeigt eine interessante Korrelation zwischen dem Status der Frauen, den elterlichen Rollen und allgemeinen Konzepten von Hierarchie und Gleichheit. Die Aka sind allgemein bekannt für ihren Egalitarismus, sie verfügen über mehrere Mechanismen, um

„individuelle, intergenerationale und Geschlechtergleichheit“ zu bewahren – wofür sie von ihren NachbarInnen verachtet werden, die in dieser Freiheit einen Mangel an Ordnung sehen (Hewlett 2001: 47). Zwar gibt es spezifische männliche und weibliche Rollen, ein Rollentausch gilt aber keineswegs als seltsam oder selten und kleine Jungen und Mädchen werden auch auf diese Weise sozialisiert. Diese Beobachtung scheint eine weitere Theorie über die Geschlechterverhältnisse zu bestätigen: Je weniger eine Gesellschaft die Geschlechterrollen auf Grundlage einer strengen Arbeitsteilung trennt, desto mehr Freiheit und Gleichheit genießen ihre Frauen. Dies weist auch auf einen starken Zusammenhang zwischen geteilten elterlichen Rollen und Geschlechtergleichheit hin.

Wenn ethnografische Fallstudien beweisen, dass die männliche und weibliche Identität immer auf kulturspezifische Weise konstituiert sind, zieht das die Sicht einer universell geteilten symbolischen Dichotomie zwischen Männern und Frauen in Zweifel, nach der es immer noch natürlich scheint, anzunehmen, dass überall eine direkte Beziehung zwischen sexueller und Geschlechtsidentität besteht. In Wirklichkeit existieren ebenso große Variationen dabei, wie sexuelle Identität in verschiedenen Gesellschaften konstituiert ist. Im Gegensatz zu gegenwärtigen westlichen Kulturen, wo davon ausgegangen wird, dass sexuelle Identitäten mehr oder weniger festgelegt sind, sind diese in vielen Teilen der Welt fließend, facettenreich und fungieren nicht notwendigerweise als Grundbestandteile der Geschlechtsidentität.

Herdt (2001) stellt in seiner Studie des Erwachsenwerdens bei den Sambia einen Fall dar. Die Sambia sind eine Jäger- und Gartenbaugesellschaft aus Neuguinea. Sie leben in kleinen Dörfern in den Bergen. Die Gesellschaft ist in exogame Clans geteilt, aber Ehen können im selben Dorf auftreten. Kernfamilien leben zusammen in kleinen Hütten. Die Sambia glauben nicht, dass Sexualität das Geschlecht bestimmt: Während Mädchen ihre volle sexuelle weibliche Identität allmählich und ohne größere soziale Dramen erhalten, müssen Jungen schrittweise von erwachsenen Männern in die sexuelle Rolle des Erwachsenen eingeführt werden. Mädchen wohnen bei ihren Eltern bis zu ihrer Ehe. Jungen hingegen werden, wenn sie etwa sieben bis zehn Jahre alt sind, aus der Familieneinheit herausgenommen und einem Männerhaus übergeben.

Männlichkeit, Stärke und kämpferische Haltung werden in dieser Gesellschaft hoch geschätzt und das Zusammenleben mit Frauen wird als „Verunreinigung“ der männlichen Identität mit

weiblichen Elementen betrachtet. Die Zeit, die im Männerhaus verbracht wird, zielt auf die „Reinigung“ der Jungen von der weiblichen Verschmutzung. Während die sexuelle Reifung der Mädchen als ein natürlicher Prozess betrachtet wird, muss die sexuelle Reifung der Jungen sozial verbessert werden. Die Initiation liegt in den Händen einer Geheimgesellschaft der Männer und wird mehrmals wiederholt, bis die jungen Männer ihr volles Erwachsenenalter erreichen, das durch die Geburt ihres ersten Kindes besiegelt ist.

„Männlichkeit ist nicht, so wie Weiblichkeit, biologisch vorgegeben“ (Herdt 2001: 165, übers. CW). Es wird gedacht, dass Mädchen ein menstruales Blutorgan, die Tingo, besitzen. Jungen besitzen ein anderes Organ, das kere-ku-kereku, ein Behältnis für Samen, das zu Beginn leer ist und bis zur vollständigen Reife fortschreitend aufgefüllt werden muss. Durch Initiation inseminieren die erwachsenen Männer die Jungen oral, um ihnen die notwendige Menge an Sperma, „das Wesen der Männlichkeit“ zu geben. Für die Sambia wird durch diese Initiation, die homosexuelle Praktiken beinhaltet, nicht die männliche sexuelle Identität relativiert, im Gegenteil stellt sie den Königsweg zur vollständigen Maskulinisierung dar.

Genau wie die Sambia-Jungen, die in ihrer Jugend homosexuelle Praktiken erleben, bevor sie heterosexuelle Ehen eingehen, haben Mädchen in einigen Kulturen auch sozial akzeptierte Formen homosexueller Beziehungen, die ihr zukünftiges Eheleben nicht beeinträchtigen. Evelyn Blackwood (2001) berichtet mehrere solcher Fälle. Bei all diesen Beispielen haben Frauen und Mädchen gleichgeschlechtliche sexuelle und emotionale Beziehungen. In variierendem Ausmaß werden diese Beziehungen und damit einhergehende Praktiken ein wesentliches und fixes Attribut der Geschlechtsidentität. In Lesotho (Südafrika) zum Beispiel können Schulumädchen eine kulturell institutionalisierte Beziehung eingehen, die sie Mami-Baby nennen. Diese Art von Freundschaft verbindet ein älteres, erfahreneres Mädchen mit einem jüngeren. Das jüngere kann nur eine „Mami“ haben, während die „Mami“ mehrere „Babys“ gleichzeitig haben kann. Wenn die jüngeren älter werden, können sie Mamis von anderen werden. Diese Art von Beziehung ist intim und liebevoll und umfasst den Austausch von Liebesbriefen, Geschenken und die Einweihung in die Sexualität der Erwachsenen. Wenn die Mädchen heranwachsen, können sie auch männliche Beziehungspartner haben. Meistens ersetzen heterosexuelle Beziehungen, die starken gleichgeschlechtlichen Mami-Baby-Beziehungen, aber einige Frauen halten diese Beziehungen während ihrer Ehe aufrecht, ohne dass dies ihre Ehemänner stören würde. Von solchen Praktiken wurde in Südafrika in den

1950ern berichtet. Eine andere Fallstudie geht auf australische Aborigines-Frauen ein. Nach Roheim waren vor Zeiten der Missionierung außereheliche homo- und heterosexuelle Beziehungen sowohl für Frauen als auch für Männer akzeptiert. Für Mädchen war erotisches Ritualspiel Teil der Initiation. Solche Spiele unter heranwachsenden Mädchen sind auch Teil der Kultur der !Kung der Kalahari-Wüste

Während in diesen Fällen homosexuelle Praktiken und sogar institutionalisierte sexuelle Beziehungen unter Jugendlichen keine Konsequenzen für das Eheleben als Erwachsene haben, sind andere Beispiele bekannt, in denen die Veränderung der sexuellen Identität die Geschlechtsidentität völlig verändern kann. Im 19. Jahrhundert war die Ehe in China (arrangierte Ehen waren die Regel) eine im Wesentlichen unterdrückende Institution für Frauen. Die Entwicklung der Seidenindustrie erlaubte es einigen jungen Mädchen, ihren eigenen Lohn zu verdienen und die Ehe mit Zustimmung der Eltern, die von der finanziellen Unterstützung ihrer Töchter profitierten, auf ewig zu verschieben. Mit der Zeit schuf der Widerstand gegen die Ehe intime Schwesternschaften. Schwestern lebten im selben Haushalt, in denen heterosexuelle Beziehungen verboten waren. Eine junge Frau, die diesen Lebensstil wählte, legte ein öffentliches Gelübde ab, die Ehe zu verweigern, was ihren Rechtsstatus begründete und ihr einen festen Platz in der Ahnenverehrung in ihrem Geburtshaus sicherte (Sankar 1986). Auch in Indonesien gibt es einen Weg für junge Mädchen, ihrem Geschlechtsstatus zu entkommen. Als Tomboys werden Mädchen bezeichnet, die sich wie Jungen verhalten. „Obwohl Tomboys einen weiblichen Körper haben, werden sie vor Ort als Männer mit weiblichen Körpern verstanden, die sich zu (normativ vergeschlechtlichten) Frauen hingezogen fühlen“ (Sanka 1986: 243, übers. CW). Die Vielfalt dieser Beispiele zeigt, dass es keine eindeutige Art gibt, auf die eine direkte Beziehung zwischen dominanten Geschlechterideologien, Verwandtschaft, politischen Systemen und der Konstruktion von Sexualität hergestellt werden könnte.

Während Kultur- und SozialanthropologInnen die Vielfalt in der aktuellen Zeit erforschen, können HistorikerInnen die Normen, die für universell gültig gehalten werden, auf Grundlage von zeitlichen Variationen relativieren. Thomas Laqueur (1990), der die sich ändernden Repräsentationen der biologischen Geschlechter im Westen untersuchte, führte den sozialen Konstruktivismus noch weiter. Er zeigte, dass nicht nur das Geschlecht sozial konstruiert ist, sondern dass es auch nichts Natürliches an der Art und Weise gibt, wie biologisches

Geschlecht verstanden wird. In unserer westlichen Tradition, beginnend mit den alten Griechen, wurde über viele Jahrhunderte an dem festgehalten, was er das „Ein-Geschlecht-Modell“ nannte. Frauen waren nicht als wesentlich anders als Männer gedacht; ihre Geschlechtsorgane wurden eher als umgekehrte Versionen der männlichen gesehen. Ihre Sexualität wurde auch als identisch mit der der Männer dargestellt. Empfängnis wurde als Konsequenz des weiblichen Orgasmus und die sexuelle Lust der Frauen als gleich oder sogar stärker als die der Männer wahrgenommen. Diese Situation änderte sich radikal mit dem Aufkommen des Kapitalismus. Zwischen dem 18. und 19. Jahrhundert wurden Frauen als von den Männern biologisch und geistig radikal verschieden dargestellt. Die weibliche Sexualität wurde zum Tabu und sogar die Existenz des weiblichen Orgasmus wurde in Frage gestellt. Laqueur stützt seine These mit einer umfangreichen Sammlung von visuellem Material aus alten Anatomiebüchern und künstlerischen Darstellungen. Sein Ziel war nicht nur zu beweisen, dass selbst das biologische Geschlecht und nicht nur die sozialen Dimensionen von Geschlecht konstruiert sind. Er wollte zudem zeigen, dass soziale Darstellungen der Geschlechter, wie die Geschlechterrollen, immer als politisch zu verstehen sind und auf ideologische Forderungen der dominierenden politischen Ordnung reagieren. Der normalisierte, vergeschlechtlichte und sexualisierte Körper ist ein Spiegelbild gesellschaftlicher Ideologien und Mythen, im Westen und auch woanders. Deshalb sind Konzepte davon, was männlich und was weiblich ist, eine klassische und eine der empfindlichsten sensiblen Zonen in interkulturellen Begegnungen.

Literaturhinweise

- Berner, S. (2001): Why Women Rule the Roost: Rethinking Javanese Ideologies of Gender and Self-Control. In: Brettel, C. B.; Sargent, C. F. (Hrsg.): Gender in Cross-Cultural perspective. New Jersey: Prentice-Hall.
- Blackwood, E. (2001): Women's intimate Friendships and Other Affairs: An Ethnographic Overview. In: Brettel, C. B.; Sargent, C. F. (Hrsg.): Gender in Cross-Cultural perspective. New Jersey: Prentice-Hall.
- Etienne, M. (2001): The case for Social Maternity: Adoption of Children by Urban Baule Women. In: Brettel, C. B.; Sargent, C. F. (Hrsg.): Gender in Cross-Cultural perspective. New Jersey: Prentice-Hall.

- Heerdt, H. G. (2001): *Rituals of Manhood: Male initiation in Papua New Guinea*. In: Brettel, C. B.; Sargent, C. F. (Hrsg.): *Gender in Cross-Cultural perspective*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Héritier, F. (1996): *Masculin-Féminin I. La Pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob.
- Hewlett, B. S. (2001): *The Cultural Nexus of Aka Father-Infant Bonding*. In: Brettel, C. B.; Sargent, C. F. (Hrsg.): *Gender in Cross-Cultural perspective*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hofstede, G. (2001): *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations across Nations*. Thousand Oaks: Sage.
- Laqueur, T. (1990): *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*. Harvard University Press.
- Levi-Strauss, C. (1964): *Le Cru et le Cuit*. Paris: Plon.
- Mead, Margaret (1928): *Coming of age in Samoa; a psychological study of primitive youth for western civilisation*. New York: W. Morrow & Company.
- Smuts, B. Barbara (2001): *Biology, Gender and Human Evolution*. In: Brettel, C. B.; Sargent, C. F. (Hrsg.): *Gender in Cross-Cultural perspective*. New Jersey: Prentice-Hall.

3.3 Sterben, Trauern und Rituale, die das Lebensende begleiten in verschiedenen Kulturen

Verfasst von Attila Dobos, Ungarn

Tod und Sterben

Die Problematik des Todes – als die Grenze der uns bekannten Welt – ist sicherlich eine der zentralsten und lebenswichtigsten Fragen der Menschen zu allen Zeiten. Die Antworten, die darauf gegeben werden, teilen uns viel mehr über die Weltanschauung einer Gemeinschaft mit als jede Aussage, die versucht die Weltanschauung dieser Gemeinschaft zu erklären. Zur gleichen Zeit werden wir umso mehr Ambivalenz verspüren, je mehr wir versuchen, allgemeingültige Aussagen zu treffen. Dies rührt daher, dass wir aus so vielen verschiedenen Aspekten wählen können, wenn wir versuchen, unser sterbliches Leben sowie uns selbst zu verstehen, und diese Unterschiede widersprechen sich manchmal gegenseitig. Beispielsweise kann man durch die Linse der Wissenschaft nicht das Wesen der Spiritualität oder der Seele einfangen, da beide die Möglichkeiten wissenschaftlicher Werkzeuge transzendieren. Umgekehrt: Im religiösen Kontext macht es keinen Sinn, für oder gegen wissenschaftliche Errungenschaften zu streiten, denn der Glaube hat eine andere Natur und Funktion als die des Wissens. Doch beide Perspektiven scheinen für uns wichtig zu sein.

Allerdings lassen sich nur wenige universelle Merkmale der Sterblichkeit in Raum (Kultur) und Zeit finden. Wie viele ReligionshistorikerInnen aus dem Anfang unserer kollektiven Erinnerungen hervorgehoben haben, existierte immer ein Glaube, dass wir durch den Tod unseres Körpers nicht gänzlich sterben, sondern ein Teil von uns am Leben bleibt, der unabhängig von unserem Körper ist, aber definitiv zu uns gehört. „Der Glaube an ein Leben nach dem Tod scheint von den frühesten Zeiten an durch den Einsatz von rotem Ocker als ritueller Ersatz für Blut und damit als Symbol des Lebens zu stehen.“ (Eliade 1981: 9, übers. CW) Schädel und Unterkiefer wurden um etwa 400.000–300.000 v. Chr. aus religiösen Zwecken konserviert und wir können mit Sicherheit von Bestattungen um etwa 70.000–50.000 v. Chr. sprechen. Ein weiteres absolutes Merkmal scheint das kollektive Bewusstsein rund um Visualisierung und rituelle Bearbeitung des Todes zu sein. In jeder Gemeinschaft gibt es zahlreiche, eindeutige Bedeutungen, die den Verlust des/der Verstorbenen umgeben und in

Ritualen ausgedrückt werden, wenn auch in sehr unterschiedlichen Formen und Zwecken. Diese Bedeutungen helfen auch, Gefühle des Verlusts, wie Trauer, zu verarbeiten.

Mit Fokus auf das Gesundheitswesen lässt es sich nicht vermeiden, das biologische, medizinische oder einfach das wissenschaftliche Verständnis dieser elementaren Phänomene zu diskutieren. Darüber hinaus scheint in unserer Zeit, die oft als „Spätmoderne“ bezeichnet wird, die wissenschaftliche Erklärung der Wirklichkeit eine hohe (wenn nicht sogar ausschließliche) Gültigkeit zu haben. In dieser Hinsicht sollten wir die Biologie – die „Wissenschaft des Lebens“ – als weithin akzeptierten Kontext von Tod, Sterben und Vergänglichkeit ansehen. Natürlich ist dies nicht zufriedenstellend, aber ein notwendiger Ausgangspunkt.

Ein gemeinsamer Weg zum Verständnis des Todes ist, mit der Suche nach der kleinsten Einheit des menschlichen Lebens, der einzelnen Zelle, zu beginnen. Multizelluläre Kreaturen – wie Menschen – setzen sich aus riesigen Mengen an Zellen zusammen, in unserem Fall über hundert Billionen einzelner Zellen (10^{14}), jede eigenständig lebend. Deshalb „ist der Tod eines Menschen eine direkte, nicht reduzierbare Folge des Todes seiner oder ihrer Komponentenzellen“ (Clark 1996: 3, übers. CW). Die Untersuchung des Todes auf der Ebene der Zellen zeigte viele unerwartete Komplexitäten, zum Beispiel den Selbstmord bestimmter Zellen. Vor allem aber scheint es, dass die frühesten Formen von Einzelzellen nicht das Kardinalmerkmal des Lebens teilten – was uns als lebendig definiert – d. h. den programmierten und damit obligatorischen Tod. Sie konnten und können auch heute sterben – infolge von Umweltveränderungen wie mangelnder Nahrung oder Anwesenheit von stärkeren hungrigen Zellen oder Unfällen, aber sie beinhalten kein Programm, das vorgibt, dass sie durch Alterung sterben müssen. „Der Tod ist nicht untrennbar mit der Definition des Lebens verknüpft.“ (Clark 1996: 54, übers. CW) Das war der Fall für mindestens die ersten Milliarden Jahre des Lebens auf der Erde. Wie kann das sein? Die Antwort liegt im ersten Merkmal aller Lebewesen: die Fähigkeit der Replikation ihrer eigenen DNA und deren Übertragung an eine Nachkommenschaft. Einzelzellen weisen eine asexuelle Reproduktion auf, was bedeutet, dass sie keineN PartnerIn, der/die ein anderes Geschlecht aufweist, brauchen, um Nachkommen zu produzieren: Sie reproduzieren sich durch Spaltung, durch Selbstteilung. Als Ergebnis entstehen zwei (theoretisch) identische Zellen als Nachkommen mit der gleichen DNA; dieses Verfahren wiederholt sich immer weiter. Daher werden diese

Organismen niemals sterben (aufgrund eines Alterungsprozesses), da wir uns den Tod nicht ohne einen toten Körper vorstellen können – wenn sie jedoch aus einem anderen Grund sterben, gibt es eine Leiche und wir werden diesen Fakt eindeutig als das letzte Ende der Zelle verstehen. Der Tod ist in dieser Lesart der Biologie nicht Folge des Lebens, sondern Konsequenz der reproduktiven Sexualität.

Ein weiterer Ansatz in der modernen Biologie, der uns zu philosophischen Überlegungen führt, konzentriert sich auf ein zusätzliches Kardinalmerkmal des Lebens: den Stoffwechsel. Dieser ist dafür bekannt, ein Merkmal jedes lebendigen Wesens zu sein, aber nicht von toten. In unserem Wissen existiert Leben nur in der physischen Form von Organismen. Wenn der Organismus keinen Stoffwechsel mehr *durchführen* kann, stirbt er. Wir können sagen: „Organismen sind Entitäten, deren Sein ihr eigenes Tun ist. Das bedeutet, dass sie nur existieren kraft ihres Tuns.“ (Jonas 1993: 155, übers. CW) Ihre Existenz liegt in ihren Handlungen und sie existieren nicht außerhalb davon. Da aber diese Handlungen nicht nur von sich selbst abhängen, sondern auch von der Umgebung, in der sie leben, ist die „Gefahr des Endens mit dem Organismus von Anfang an verbunden. Hier haben wir die grundlegende Verknüpfung des Lebens mit dem Tod, die Begründung der Sterblichkeit auf Basis seiner eigenen Verfasstheit.“ (Jonas 1993: 156, übers. CW) In dieser Hinsicht ist der Tod ein Status ohne Stoffwechsel. Wenn wir uns philosophisch in der kontinentaleuropäischen Tradition bewegen, neigen wir dazu, den Tod sowohl als *Möglichkeit* (wir können jederzeit sterben) als auch als *Notwendigkeit* (wir müssen einmal sterben) zu betrachten.

Aus diesen beiden kurzen einleitenden Gedanken kann man die Komplexität der Definition des Todes auch auf der Ebene der Biologie verstehen. Allerdings sollten wir einen Unterschied zwischen der Definition von Tod und den Kriterien, nach denen etwas oder jemand als tot betrachtet werden muss, machen. Im Falle des Menschen ist es noch weit bedeutsamer, was uns zu kulturellen und damit zu moralischen Überlegungen führt. Die heute verbreiteten, dominanten Kriterien für den Tod dienen als gutes Beispiel dafür.

Die klassische Herangehensweise an den Tod ist mit unserem Sauerstoffbedarf verbunden: Der wichtigste Bestandteil der Erhaltung des menschlichen Lebens – unter anderem – ist der Sauerstoff, der die Zellen durch Zirkulation dazu bringt, zu arbeiten. Deshalb bedeutet der Verlust der Atmung oder des Herzschlags den Tod. Dies festzustellen, war relativ einfach, aber auch sehr fehleranfällig (man denke an Romeo und Julia), hat sich aber – in Kombination mit

der Leichenstarre – bis Mitte des 20. Jahrhunderts gehalten. Aufgrund technologischer Fortschritte führte der südafrikanische Chirurg Christiaan Barnard 1967 die erste erfolgreiche und öffentliche Herztransplantation in Kapstadt durch⁶. Offensichtlich mussten die Kriterien, die Tod anzeigen, nachher revidiert werden: Man kann ohne eigenem, aber mit einem anderen schlagenden Herzen leben. Im darauffolgenden Jahr entwickelte ein Ad-hoc-Komitee aus Ärzten/Ärztinnen, RechtsanwältInnen, PhilosophInnen und TheologInnen an der Harvard Medical School neue Kriterien, die im Grunde einen Sonderfall des irreversiblen Komas umfassten, heute als Hirntod bekannt. Die entwickelte Methode kann eine 100% zuverlässige Diagnose garantieren – auch bei spontanem Herzschlag. Diese Definition wurde in den darauffolgenden Jahren in den meisten Ländern weltweit eingeführt, mit Ausnahme von wenigen, wie China, Japan und anderen asiatischen Ländern. Unsere Sichtweise darauf ist: In einigen Kulturen war (und ist) es unmöglich, das Leben mit neurologischen Aktivitäten gleichzusetzen – es verstößt tief gegen traditionelle Wahrnehmungen und kollektive Erkenntnisse über Leben und Tod.⁷

Die obigen Überlegungen zusammenfassend, sollte der Tod mehr als ein kontinuierlicher Prozess gesehen werden, in dem ein bestimmter Punkt von der gegebenen Gesellschaft nach ihrer Tradition, ihrer Moral, ihrem Glauben und ihren technologischen Möglichkeiten definiert wird, die Lebenden von den Nichtlebenden zu trennen. In den folgenden Abschnitten werden einige Beispiele zu diesen Unterschiede gegeben.⁸

Die Äußerung des Erlebens von tödlicher Krankheit, Tod, Sterben und Trauer variiert stark in der ganzen Welt. Darüber hinaus unterscheidet sich die Funktion dieser Ausdrucksformen und Erfahrungen in verschiedenen kulturellen Kontexten zusätzlich zu den bereits erwähnten, scheinbar universellen Merkmalen. Darüber hinaus können innerhalb eines Kontextes viele

⁶ Allerdings muss beachtet werden, dass es kein echter Erfolg war, da die meisten PatientInnen innerhalb weniger Wochen nach der Transplantation mit dieser Methode starben. Dies führte zu einem weltweiten Moratorium von Herztransplantationen bis zum Beginn der 1980er Jahre, als das Verfahren weiterentwickelt worden war und eine akzeptable Sterblichkeitsrate aufwies.

⁷ Es dauerte fast 30 Jahre in Japan, um diesen Ansatz in die Gesetzgebung durch den Akt 104/1997 „Gesetz über menschliche Organtransplantationen“ aufzunehmen.

⁸ Die meisten Beispiele sind aus der Enzyklopädie der Medizinischen Anthropologie I–II (Ember, Ember 2004).

verschiedene Komponenten eine Rolle bei Beerdigungsriten und Begräbnissen spielen: die Umstände des Todes (zum Beispiel gewalttätiges Verhalten, Krankheit und Selbstmord), Todesalter, sozialer Status, Ansehen, Geschlecht und natürlich die vorherrschende Religion/Glaube der Familie. Schließlich könnten dieselben oder sehr ähnliche Riten radikal unterschiedliche oder entgegengesetzte Bedeutungen in verschiedenen Kulturen haben: Bei den Yoruba beispielsweise dient das Vergießen von Alkohol auf den Boden (Trankopfer) dazu, den Geist des Verstorbenen zu beschwören, wenn Hilfe benötigt wird. In vielen Roma-Gemeinschaften müssen hingegen zahlreiche Dinge getan werden, um die Rückkehr des Geistes zu vermeiden. So ist etwa das Vergießen von Alkohol während der Totenwache für den Frieden der Verstorbenen, um ihren Weg in den Himmel zu unterstützen. Dass den gerade Verstorbenen etwas zu trinken oder zu essen gegeben wird, kann man auf der ganzen Welt finden, aber aus verschiedenen Gründen: Annäherung, Respekt, Reinigung, Vermeidung der Rückkehr usw.

Die Behandlung des toten Körpers folgt grundsätzlich zwei entgegengesetzten Ansätzen: An dem einen Ende der Spannbreite ist die Leiche gefährlich, unrein und stellt ein Risiko dar, sich mit dem Reich der Toten mit Hexen, bösen Geistern, Krankheiten, Flüchen und Alpträumen zu verbinden. Am anderen Pol ist es aus Gründen der Gemeinschaft und Verbundenheit wichtig, so nahe wie möglich an der Leiche zu bleiben. Im ersten Fall wird der Körper meist so schnell wie möglich vergraben, oft innerhalb eines Tages oder versucht, den Tod an einem entlegenen Ort geschehen zu lassen. Dabei werden massive Reinigungsstrategien gegenüber allem angewendet, was mit der Leiche, der verstorbenen Person oder dem Ort des Todes in Berührung war (zum Beispiel in bestimmten Aspekten in den Kulturen der Navajo, der japanischen und griechischen Kultur). In zweiten Fall werden lange Rituale und Totenwachen durchgeführt, es wird nahe bei der Leiche verweilt (zum Beispiel bei den Yoruba, Maori, Roma oder der britischen Bevölkerung).

Die Yoruba begraben die Leichen unter dem Boden des Hauses oder im Freien, oft an nicht gekennzeichneten Orten – wenn der Tod natürlich und zur rechten Zeit geschah. Jedoch werden diejenigen, deren Tod aus verschiedenen Gründen als „unnatürlich“ betrachtet wird (zum Beispiel Tod von Säuglingen, Behinderten, Albinos, SelbstmörderInnen, an Blitzschlag Gestorbenen usw.), anders behandelt: In manchen Fällen ist keine Trauer erlaubt, die Beerdigung findet außerhalb der Stadt statt, oder – im Falle von als Hexen Verdächtigten –

gibt es überhaupt keine Beerdigung, sondern ihre Körper werden in Waldgebiete geworfen. In manchen Teilen Griechenlands legen die Verwandten den/die VerstorbeneN innerhalb von 24 Stunden in einen groben hölzernen Sarg, um die Zersetzung des Korps zu unterstützen. Nach einer Zeit von drei, fünf oder sieben Jahren wird ein Ritus der Exhumierung durchgeführt, um den Zustand der exhumierten Knochen zu sehen: Wenn die Knochen sauber und weiß sind, sind die Sünden des/der Verstorbenen vergeben und er/sie hat es geschafft, in den Himmel zu kommen. Wenn ein junges Mädchen oder ein Junge bei den Roma stirbt, decken sie oft den Körper oder den Sarg mit Holzstapeln ab, um den Körper vor dem Gewicht des Bodens zu schützen.

Die Ausdrucksformen, die in der letzten Krankheitsphase, den Beerdigungsriten oder der Trauer verwendet werden, demonstrieren sehr unterschiedliche Herangehensweisen auf der ganzen Welt. Während es unter der Herrschaft des biomedizinisch-wissenschaftlichen Ansatzes obligatorisch ist, alle verfügbaren Informationen mit dem kranken Menschen (es sei denn, er/sie verbietet es) in einer sehr konkreten und verständlichen Weise zu teilen, ist die Verwendung von Worten und Bezeichnungen in vielen Teilen der Welt streng geregelt. Zum Beispiel ist es im traditionellen China nicht erlaubt, das Wort „Krebs“ vor dem Patienten/der Patientin – um des Patienten/der Patientin willen – zu verwenden: Es wird geglaubt, sie würden dies nicht aushalten und es würde sie kränker machen. Daher werden diese Begriffe schlicht nicht verwendet. Die Roma vermeiden es, den korrekten Namen der Krankheit zu benutzen, da sie meinen, das würde sie krank machen. Oder sie versuchen, den Krankenhausaufenthalt so kurz wie möglich zu halten, da das Krankenhaus als unrein gilt, weil es voller Krankheiten steckt und den Patienten/die Patientin erst so richtig krank mache. Wenn in der Mongolei über den Tod einer nahe stehenden Person gesprochen wird, werden Euphemismen benutzt, anstatt direkt über den Tod zu sprechen, beispielsweise „ein Geist werden“.

Diese Fälle lassen sich noch seitenweise fortsetzen, aber vielleicht können die wenigen erwähnten Beispiele bereits dazu dienen, fassbar zu machen: Tod und die soziale Realität um ihn herum – wie PatientInnen, die von tödlichen Krankheiten betroffen sind, Trauer, Traueräußerungen und Beerdigungsriten – sind vollkommen in den kulturellen Bereich der jeweiligen Gemeinschaft eingebettet und können nur durch deren jeweils spezifische Linsen verstanden werden.

Literaturhinweise

- Berta, P. (2001): Halál és kultúra. Tanulmányok a társadalomtudományok köréből I. Budapest: Janus/Osiris.
- Clark, W. R. (1998): Sex and the Origins of Death. Oxford University Press.
- Eliade, M. (1981): History of religious ideas, Volume 1: From the Stone Age to the Eleusinian Mysteries. University Of Chicago Press.
- Ember, C. R.; Ember, M. (2004): Encyclopaedia of Medical Anthropology I-II. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Irish, D.P.; Lundquist, K.F.; Jenkins Nelsen, V. (1993): Ethnic Variations in Dying, Death, and Grief: Diversity in Universality. Washington: Taylor & Francis.
- Jonas, H. (1993): The Burden and Blessing of Mortality. In: Shannon, Th. A. (Hrsg.): Bioethics. 4th edition. New Jersey: Paulist Press: 155–166.
- Kalányosné, L. J. (1997): A halálhoz kapcsolódó szokások az őcsényi beás cigányoknál. In: Bódi, Zs.: Tanulmányok a magyarországi beás cigányokról. Budapest : Magyar Néprajzi Társaság: 110–115.
- Kleinman, A. (1998): Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder. The Tanner lectures on human values. Delivered at Stanford University.
- Koenig, B. A.; Gates-Williams, J. (1995): Understanding cultural difference in caring for dying patients. In: Western Journal of Medicine 163(3): 244–249.
- Pilling, J. (2010): A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Wilkinson, I. (2005): From the Sociology of Risk to a Critical Sociology of Suffering. Draft paper for presentation at the conference of the SCARR Network, January 28–29th.

4 Impressum

Herausgeberinnen der deutschen Ausgabe: Katharina Resch, Agnes Raschauer und Christina Weißenböck.

Autoren und Autorinnen der englischen Ausgabe: Aurélie Benoit, Alessandra Cannizzo, Attila Dobos, Éva Nagy, Suki Rai, Agnes Raschauer, Diana Szántó, Margit Helle Thomson.

Zitiervorschlag:

Resch, K.; Raschauer, A.; Weißenböck, C. (Hrsg.) 2017. Healthy Diversity. Medizinische Anthropologie – Reader. Wien: Universität Wien. Abrufbar unter: <http://healthydiversity.eu/>

Projektinformationen:

Erasmus+ Projekt „Healthy Diversity“

Grant Agreement No.: 2015-1-UK01-KA202-013794

Laufzeit: 2015-2018

Homepage: <http://healthydiversity.eu/>

Kontakt:

Universität Wien

Postgraduate Center

Spitalgasse 2, Hof 1, 1090 Wien

Dr. Katharina Resch, Email: katharina.resch@univie.ac.at

Agnes Raschauer, MA, Email: agnes.raschauer@univie.ac.at