

# EthnoScripts

ZEITSCHRIFT FÜR AKTUELLE  
ETHNOLOGISCHE STUDIEN

## Anthropology and Art

Jahrgang 17 Heft 1 | 2015

Andrea Blätter

Greifeld, Katarina (Hg.) (2013): Medizinethnologie.

Eine Einführung. 204 S., Berlin: Reimer

Ethnoscripts 2015 17 (1): 248-252

eISSN 2199-7942

### Herausgeber:

Universität Hamburg  
Institut für Ethnologie  
Edmund-Siemers-Allee 1 (West)  
D-20146 Hamburg  
Tel.: 040 42838 4182  
E-Mail: [lfE@uni-hamburg.de](mailto:lfE@uni-hamburg.de)  
<http://www.ethnologie.uni-hamburg.de>

eISSN: 2199-7942



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Licence 4.0  
International: Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen.

Greifeld, Katarina (Hg.) (2013): Medizinethnologie.  
Eine Einführung. 204 S., Berlin: Reimer

Andrea Blätter

In der vorliegenden Einführung werden zentrale Themen der Medizinethnologie vorgestellt, klassische Einsichten, aber auch neue Trends und Entwicklungen präsentiert. Dabei wurde eine regionale Kapitelstruktur mit Fokus auf Lateinamerika, Ozeanien, Europa und Afrika gewählt. Zusätzlicher Schwerpunkt ist die ausführliche Betrachtung der kulturellen Kontexte von Beschneidungen.

In einem ausführlichen Vorwort von Wolfgang Bichmann, seinerzeit Mitherausgeber von „Krankheit und Kultur“, der ersten deutschsprachigen Einführung in die Ethnomedizin<sup>1</sup>, wird zunächst die Entwicklung der Ethnomedizin zur Medizinethnologie nachvollzogen. Erst in den Anfängen der 1970er Jahre ist das Fachgebiet entstanden und hat sich seitdem vielfältig weiterentwickelt. Anschließend erklärt Katarina Greifeld in ihrer Einleitung Begrifflichkeiten, gibt erste Orientierungen und macht Anmerkungen zur Geschichte der Medizinethnologie, dem Wendepunkt der europäischen Medizin hin zur Biomedizin (Schulmedizin), medizinischem Pluralismus, Medizintourismus und Migrationsmedizin. Hier werden auch Wohlstandskrankheiten, kulturspezifische Syndrome und die Rolle der europäischen Medizin als Herrschaftsinstrument während der Kolonialzeit thematisiert.

Die Regionalkapitel beginnen mit einer Einführung in die Medizinethnologie Südamerikas von Josef Drexler aus München. Er betont die außerordentliche kulturelle, ethnische und sprachliche Diversität dieses Subkontinents und greift deshalb nur einzelne wiederkehrende Motive, Konzepte und Praktiken heraus. Die lokalen medizinischen Interpretations- und Handlungsmodelle können sich dabei radikal von biomedizinischen Vorstellungen unterscheiden. In den Kosmologien und Krankheitskonzepten ist eine vitale Wildnis, kosmische Lebenskraft und die verborgene Wirklichkeit zentral. Das dynamische Gleichgewicht der Heiß-Kalt-Systeme wird skizziert, üble Winde (*viento*) und Seelenverlust (*susto*) werden angesprochen, ebenso wie die zwiespältige Bedeutung der Menstruation, die Schadenszauber *daño* und *maleficios* sowie der böse Blick. Drexler unterscheidet grundlegend zwischen andinen Medizinsystemen und Medizinsystemen der Tieflandindianer, geht aber auch kurz auf die übergreifend sich ausbreitende *vegetalismo*-Therapien ein, bei denen Ayahuasca, ein halluzinogen wirkender Trank, verabreicht wird.

Weiter beschreibt Drexler unterschiedliche Typen von Heilern und das typische Patientenverhalten – den medizinischen Pluralismus. Als besonders

1 Pfleiderer, Beatrix und Wolfgang Bichmann (1985) Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin, Reimer.

interessante Auswirkungen des „Modernen Weltsystems“ beschreibt er eine Zunahme von Gewalt und indigenem Schadenszauber. Dabei wird der Zauber des Waldes aktiviert, oft die einzig verbleibende Möglichkeit der indigenen Bevölkerung, sich gegen Ausbeutung und Vertreibung zu wehren.

Auch Verena Keck betont die traditionelle medizinische Vielfalt „ihrer“ Region. Sie berichtet über Gesundheit und Krankheit in Ozeanien. Zunächst weist sie auf eine Gemeinsamkeit mit Lateinamerika, Afrika und anderen Kolonialgebieten hin: die Einführung der europäischen Medizin als koloniales Herrschaftsinstrument. Sie beschreibt, wie die aktuellen Gesundheitsprobleme in Ozeanien, wie Diabetis, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, bestimmte Krebsarten und Adipositas (Fettleibigkeit) direkt auf erzwungene Veränderungen zurückzuführen sind. Kritisch diskutiert sie die aktuelle These von „sparsamen“ Genen bei Fettleibigen. Am Beispiel von Nauru erläutert sie die gesundheitlichen Folgen veränderter Nahrung und Ernährung von Taro und Brotfrucht zu Spam und Junk Food. Anschließend beschreibt sie den neuerlichen Aufschwung der traditionellen Medizin am Beispiel Pohnpei, einer kleinen Insel in Mikronesien. Die Bedeutungen unterschiedlicher Personenkonzepte für Krankheitsverhalten und Therapie erklärt Keck ausführlich am Beispiel der Yupno in Papua Neuguinea. Im dortigen epistemischen Modell wird der Körper als integrierende Instanz von Person, sozialen Beziehungen und Umwelt aufgefasst. Den medizinischen Pluralismus der Neuzeit beschreibt sie anschaulich am Beispiel von Guam im westlichen Pazifik, wo eine inzwischen multiethnische Gemeinschaft mit 37% indigener Bevölkerung (den Chamorro) lebt, wo Patienten traditionelle Heiler für „traditionelle“ Krankheiten, die von Geistern verursacht wurden, aufsuchen und für „moderne“ Krankheiten, wie etwa Diabetis, moderne Medizin in Anspruch nehmen. Zum Thema HIV/AIDS kehrt sie schließlich wieder zu den Yupno zurück und beschreibt Probleme des dort angesiedelten SikAIDS-Programms zwischen biomedizinischem Wissen, christlicher Moral und kulturellen Traditionen.

Ruth Kutalek beschäftigt sich bei ihrer Beschreibung von Krankheit und Gesundheit in Afrika insbesondere mit Aspekten an der Schnittstelle von Ethnologie und Medizin. Sie beleuchtet die Geschichte indigener Medizin in Afrika und beleuchtet dabei wiederum die Zusammenhänge zwischen Medizin und Kolonialismus, einem durchgängigen Thema in diesem Band. Die traditionelle Medizin zwischen Ablehnung und Nutzbarmachung sowie Biomedizin und ihre Konfrontationen und Begegnungen in der Moderne werden an Fallbeispielen verdeutlicht. Dabei werden die unterschiedlichen Krankheitskonzepte und Vorstellungen von Krankheit sowie verschiedene Vorstellungen von biomedizinische Therapien angesprochen. Bei traditionellen afrikanischen Diagnosen und Therapien geht es häufig weniger um die physischen Erkrankungen als um die sozialen Beziehungen, macht Kuatalek klar. Wie die anderen AutorInnen auch verweist sie auf den modernen Medi-

zinppluralismus. Abschließend beschreibt sie die primäre Gesundheitsversorgung in Afrika.

Im letzten Regionalkapitel wird die Medizinethnologie Europas behandelt. Nicholas Eschenbruch vermittelt ethnologische Perspektiven auf Biomedizin und andere Heilsysteme. Dazu skizziert er zunächst die Biomedizin aus historischer Sichtweise. Er analysiert die Wissensformen der Biomedizin, insbesondere ihre Bilder und das daraus bezogene Wissen vom Körper. Mit seinen Ausführungen zeichnet Eschenbruch die kulturelle Konstruktion von medizinischem Wissen in Europa nach und unterstützt diese mit typischen Geschichten von Krankheit und Heilung. Anschließend umreißt er übliche medizinische Alternativen wie traditionelle chinesische Medizin (TCM) oder Homöopathie und spürt den Kontexten gesamtgesellschaftlicher gesundheitspolitischer Grundentscheidungen nach, die sich in ideologischer und praktischer Hinsicht auswirken. Er diskutiert die Rahmenbedingungen, die in den Wachstumsfeldern der Medizinethnologie, etwa im Public Health Bereich, eine große Rolle spielen. Gesundheitsbezogenes Handeln unterliege in Europa, so Eschenbruch, deutlich vereinheitlichenden Tendenzen, weil ein Grundprinzip der hiesigen Gesundheitssysteme ihr kollektivierender Charakter sei. Der Staat reguliere die Gesundheitssysteme in letzter Instanz und bestimme, was innerhalb der Systeme Gesundheit sei, wer Anspruch auf Behandlung habe und wer wen wofür bezahle. Abschließend weist er noch einmal ausdrücklich darauf hin, daß die Biomedizin sich zwar als naturwissenschaftlich begründet und deshalb mit Anspruch auf Objektivität dargestellt, aber aus ethnologischer Sicht als kulturelles Konstrukt, wie alle anderen Medizinsysteme auch, durchaus hinterfragbar ist.

In den beiden letzten Kapiteln beschäftigen sich Katarina Greifeld, Petra Pfnadschek und Armin Prinzmit mit der Beschneidung von Mädchen, Frauen, Jungen und Männern. Das Thema ist für sie wegen ihrer Aktualität für medizinethnologische Diskussionen besonders gut geeignet, weil hier die Diskrepanz zwischen modernen Menschenrechten und kulturellen Konventionen besonders deutlich wird. Insbesondere die Beschneidung von Mädchen und Frauen ist in Europa und Nordamerika ein heikles und hoch emotionalisiertes Thema. Die ausführliche Beschäftigung in diesem Band soll mehr Sachlichkeit und eine verbesserte Datengrundlage vermitteln und so eine wertneutralere Einschätzung ermöglichen, die auch unterschiedliche Standpunkte formuliert.

Zunächst wird auf die lange Geschichte von Körpermodifikation im Sinne einer kulturspezifischen Ästhetik hingewiesen. Schädeldeformierungen, Halsverlängerungen und Fußeschnürungen, aber auch modernes Intimpiercing oder Female Genital Cosmetic Surgery (FGCS) werden als Beispiele für uns vertraute und deshalb selten hinterfragte Praktiken vorgestellt. Auch diese neue normative Intimästhetik bleibt an den traditionellen Vorstellungen männlicher und weiblicher Sexualität orientiert, bei der Männlichkeit

durch Sichtbarkeit und Größe des äußeren Genitals, Weiblichkeit hingegen durch Verborgenheit und Abwesenheit symbolisiert wird.

Exemplarisch wird von den Verhältnissen in Mali berichtet, wo über 90% der Frauen beschnitten sind. Immer häufiger wird der Eingriff schon bei Säuglingen durchgeführt. Trotz staatlicher Aufklärungskampagnen gegen Genitalverstümmelung wird diese Praxis weitergeführt, denn dort besagt die soziale Norm, dass nur eine beschnittene Frau geheiratet werden kann, ohne dass das Risiko besteht, durch Untreue die Familienehre zu verletzen. Sozialer Druck sorgt für die Fortsetzung der Beschneidungspraxis, denn Mütter befürchteten Nachteile für ihre nicht-beschnittenen Töchter. Begründungen richten sich auf Respekt vor Tradition und Religion sowie Kontrolle der weiblichen Sexualität. Religion spielt keine besondere Rolle, ebensowenig wie Mythen oder Übergangsrituale. Insgesamt wird die Beschneidung immer weiter individualisiert, der Beschluss zur Beschneidung wird aber nicht individuell, sondern in der Gruppe gefällt. Greifeld betont, dass, wer hier aus einer Außensicht von Verstümmelung spricht, der Selbstsicht der malischen Frauen nicht gerecht wird, die Beschneidung für sich und ihre Töchter wünschen. Die Konzepte von Sexualität im globalen Norden und der UN-Menschenrechtskonventionen stimmen nicht mit außereuropäischen, in diesem Fall afrikanischen, Konzepten überein. Das jeweilige Verständnis für Intimität und Verwandtschaft spiegelt soziokulturelle Verhältnisse wider und gibt Einblicke in die politische Ökonomie des Körpers.

Greifeld stellt aber auch heraus, dass aus europäischer Sicht die Beschneidung nicht nur ein Problem des Menschenrechtsdiskurses in Hinsicht auf einen unversehrten und gesunden Körper darstellt, sondern auch sehr dringlich als Verletzung der Kinderrechte, sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen.

Ein historischer Überblick zeigt, dass Beschneidung dabei nicht auf den Islam beschränkt ist, sondern dass es sich um weit verbreitete kulturelle Praktiken handelt. Auch koptische Christinnen sind in Mali beschnitten. In Europa wurde im 19. Jahrhundert Beschneidung von Frauen als probates Mittel gegen Epilepsie durchgeführt, und gegenwärtig werden in den USA Beschneidungen bei Männern routinemäßig durchgeführt. Überhaupt werden chirurgische Eingriffe im Intimbereich nach den Vorreitern Nord- und Südamerika auch in Europa immer häufiger. Nach Haarentfernung und Intimpiecing findet sich eine zunehmende vaginale kosmetische Chirurgie zur Herstellung von „Designervaginen“. Immer mehr junge Frauen lassen sich laut Greifeld operieren, um schön, rein und richtig zu sein und einer zunehmenden Normierung des Körpers bis in den Intimbereich zu entsprechen.

Die Beschneidung von Jungen und Männern ist historisch der am weitesten verbreitete chirurgische Eingriff, der bereits im Alten Ägypten bekannt war. Nach einem historischen Abriss über die Bedeutung der männlichen Beschneidung von der symbolischen Handlung zur therapeutischen

Maßnahme wird in einem ausführlichen Abschnitt Aufbau und Funktion der Vorhaut erläutert. Dabei geht es um Langerhans-Zellen und ihre Rolle bei der Immunabwehr und die Vorhaut als spezialisierter Muskel-Schleimhaut-Ring mit Schutzfunktion und besonderer Sensibilität. Durch Beschneidung, so die AutorInnen, wird der empfindlichste Teil des Penis, die Vorhaut, entfernt, was langfristig zu einer Verminderung der Empfindungswahrnehmung führen könne. Beschnittene hätten auch häufig Unwillen, Kondome zu benutzen, weil die fehlende Vorhaut Reizungen bewirken kann.

Ausführlich wird über die „transatlantische Debatte“ berichtet, also den Unterschied der nordamerikanischen und der europäischen Einstellung zur männlichen Beschneidung. In den USA, deutliche Befürworter von Beschneidungen, gibt es unter den Industrienationen gleichzeitig die höchste Beschneidungsrate und die höchste HIV-Rate, während europäische Biomediziner gegen diese Maßnahme aus hygienischen Gründen plädieren. Im Anschluß wird das fragwürdige Postulat thematisiert, dass Beschneidung die Ausbreitung von HIV/AIDS verringern würde. Diese Debatte gewann an Brisanz, als 2007 die WHO und UNAIDS die Massenbeschneidung von Jungen in Afrika als effektive HIV-Prävention empfahlen. Prinz und Pfnadschek kritisieren, dass die zugrundeliegenden Untersuchungen nur die Infektion von Männern durch Frauen beachtete, nicht aber die von Frauen durch Männer. Außerdem meinten beschnittene Männer oft, dass sie keine Kondome mehr benutzen und sich nicht mehr vor HIV/AIDS schützen müssten, weil sie ja schließlich beschnitten seien. Hier zeigt sich, dass die Integration medizinethnologischer Erkenntnisse in die gesundheitliche Versorgung bisher nur in Ansätzen gelungen ist, obwohl diese für die Gestaltung von Versorgungsangeboten für Migranten und für den Umgang mit Krankheit und Prävention in anderen Kulturen (HIV/AIDS) unentbehrlich geworden ist.

In ihrer Einführung in die Medizinethnologie, die auch für ethnologische Laien gedacht ist, betonen die AutorInnen, dass moderne Biomedizin genau so kulturgebunden ist wie andere Medizinsystem. In ihrem Schwerpunktthema Beschneidung wird das besonders deutlich. Aktuelle Beispiele aus dem breiten Spektrum medizinethnologischer Themen und der kritische Umgang mit kolonialen und postkolonialen Zusammenhängen in der Medizinethnologie machen diesen Band lesenswert für Anfänger. Die Besprechung bisher unveröffentlichter Studien machen ihn spannend für Fortgeschrittene. Das unkommentierte Auslassen des asiatischen Kontinents mit seinen reichhaltigen medizinethnologischen Forschungsbereichen in diesem Band ist allerdings bedauerlich.

---

Dr. Andrea Blätter ist Diplom-Psychologin und Ethnologin und arbeitet zurzeit als Lehrbeauftragte am Institut für Ethnologie der Universität Hamburg.