

Medizinische Anthropologie

»Nichts ist [...] trügerischer, als die Lage des Kranken von heute als Ergebnis einer gradlinigen Entwicklung zu betrachten, bei der stets dieselbe Körpererfahrung, dieselben Vorstellungen, dieselben Werte und Institutionen im Spiel sind. Gerade die unterschiedliche Art der jeweils vorherrschenden Krankheiten einer bestimmten Epoche, die Entwicklung der Medizin mit all ihren Irrwegen, mit ihren Erfolgen und mit ihrem explosionsartigen Fortschritt in den letzten hundert Jahren, die plötzliche juristische Annäherung von Krankheit und Arbeit seit der Industrialisierung sind allesamt Beispiele einer Neustrukturierung, deren Auswirkungen uns zeigen, dass Kranke und Krankheit in jeder Gesellschaft unterschiedlich existieren, definiert und versorgt werden« (Herzlich/Pierret 1991/1984: 10f.). Die französischen Soziologinnen Claudine Herzlich und Janine Pierret haben hier eine Perspektive auf Krankheit eröffnet, die in den 1980er Jahren wichtiger Gegenstand der Medizinsoziologie wurde. Die Prägung der Normalitätsvorstellungen und damit der Arzt- und der Patientenrolle durch kulturelle Muster war, wie wir gesehen haben, vor dem Hintergrund der empirischen Literatur bereits Gegenstand von Freidsons Überlegungen gewesen. Diese kulturellen Muster, ihre Differenz und ihr Wandel rücken nun ins Zentrum. Herzlich und Pierret beziehen zwei Fragen auf unterschiedliche Zeiträume; sie fragen nach, wie sich 1. ausgehend von den Kranken und 2. von den Krankheiten die Krankheitserfahrungen und das Verhältnis zur Medizin bis in die Gegenwart gestaltet haben (vgl. ebd.: 14). Wichtige Entwicklungen der Moderne sehen sie vor allem in der Individualisierung der Krankheit und in der Pflicht zur Gesundheit. Deutlich sei der Abstand der heute vorherrschenden chronischen und degenerativen Krankheiten »zu den Epidemien, den Massenseuchen, die unsere Vorfahren dezimierten. [...] Das *Individuum* ist krank, und dies impliziert in keiner Weise, dass sein Nachbar es ebenfalls sein muß. Seine Krankheit stellt weder eine Warnung noch eine Bedrohung für seine Umgebung dar. Sie betrifft den Menschen in seiner Körpererfahrung allein« (ebd.: 67). Ferner sei es in den letzten drei Jahrzehnten zu einer Neudefinition des »Rechtes auf Gesundheit« gekommen. »Bisher bedeutete dieses Recht die Reduzierung

von Ungleichheiten beim Zugang zu medizinischen Dienstleistungen: um eine als unvorhersehbar betrachtete Krankheit zu behandeln, war es wichtig, die Möglichkeiten zu erweitern, bei einer medizinischen Infrastruktur Hilfe zu erlangen. Heute umfaßt das ›Recht auf Gesundheit‹ die Verantwortung jedes Individuums, das sich angesichts krankmachender Wirkungen seiner Lebensweise gesundheitsbewußt verhalten soll. Eine gesundheitspolitische Erziehung müßte auf dieses Ziel hinarbeiten« (ebd.: 275).

An dieser Stelle will ich nur einige der Themen skizzieren, an denen Herzlich und Pierret ihre Kulturanalyse der Krankheit festgemacht haben. Es geht um das Zurücktreten der Vorstellungen, Krankheit sei Sühne für vorangegangene Sünden der Menschheit oder Resultat von zuviel Muße etc. Auch werden widersprüchliche Erwartungen an den Fürsorgestaat der Gegenwart vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung analysiert.

Die Prägung der Normalitätsvorstellungen und damit der Arzt- und der Patientenrolle durch kulturelle Muster haben Herzlich und Pierret im historischen Verlauf thematisiert; Arthur Kleinman beschrieb sie im interkulturellen Vergleich der westlichen und der chinesischen medizinischen Konzepte. 1969/70 beobachtete er für mehr als ein Jahr das Gesundheitswesen auf Taiwan. Sein diesbezügliches Buch (1980) begründete die Medizinische Anthropologie mit. Er beschrieb die sozialen Beziehungen zwischen Patienten und Heilpersonen im Sinne des Anthropologen Clifford Geertz als kulturelles System: »it is both a map ›for‹ and ›of‹ a special area of human behavior« (Kleinman 1980: 26). Das Gesundheitswesen im Prinzip einer jeden Gesellschaft, ob in Entwicklungs- oder in Industrieländern, wird in drei Sektoren geteilt vorgestellt: *the popular, professional und folk sector*. Der *popular sector* umfasst zu Teilen das, was Freidson »Laien-Überweisungssystem« nannte, den Kreis der Familie, der Verwandten und Bekannten, »in which illness is first defined and health care activities initiated«. Jedoch hat Kleinman auch die Phase nach der ärztlichen Behandlung im Blick: »After patients receive treatment, they return to the popular sector to evaluate it and decide what to do next« (Kleinman 1980: 50). Den Begriff ›Evaluation‹ reserviert Kleinman also nicht für die medizinische oder pharmakologische Wissenschaft. Falls die Behandlung der Krankheit

nicht innerhalb des populären Sektors verbleibt, findet sie – soweit vorhanden – im professionellen oder im volksmedizinischen Sektor statt. Der professionelle Sektor umfasst die organischen Heilberufe. »In most societies, this is simply modern medicine. But in certain societies, e.g. Chinese and Indian societies, there are also professionalized indigenous medical systems: traditional Chinese medicine and Ayurvedic medicine, respectively« (ebd.: 53f.). Speziell für die taiwanesischen Medizin ist *indigenization* von Bedeutung: »By this term is meant changes that modern professional medicine and psychiatry undergo after they are introduced into non-Western societies« (ebd.: 55f.). Schließlich gibt es den »folk (non-professional, non-bureaucratic, specialist) sector [...]». Folk medicine is a mixture of many different components. [...] In those societies lacking professionalization, the folk sector and the popular sector constitute the entire health care system. Folk medicine is frequently classified into sacred and secular parts, but this division is often blurred in practice [...]« (ebd.: 59). Während Freidson den Ärzteberuf ironisierend in die Nähe der Hausmeister und Taxifahrer, aber auch der Medizinmänner gerückt hatte, hält Kleinman die Grenze zwischen *folk* und *professional sector* also deutlich aufrecht. Jedoch trügen alle drei Sektoren zu den Kernfunktionen⁶ des Gesundheitssystems bei. Kleinman benennt u. a. folgende Funktionen: die kulturelle Konstruktion von Krankheit als psychosoziale Erfahrung; die Etablierung allgemeiner Kriterien zur Evaluation therapeutischer Ansätze unabhängig von individuellen Krankheitsepisoden; Prozesse des *labeling and explaining* von Krankheiten, wie ich sie im nächsten Kapitel skizzieren werde; therapeutische Aktivitäten und das Management ihrer Ergebnisse (vgl. ebd.: 71).

Diesen Kernfunktionen wird durch Erklärungsmodelle von Krankheit und Behandlung Sinn verliehen, den Patienten und Heiler teilen (vgl. ebd.: 105). Unterschieden werden professionelle und populäre Modelle. Beispiele führt Kleinman hauptsächlich aus der taiwanesischen medizinischen Kultur an. Seine nun folgenden Analysen sind auf den Vergleich der drei Gesundheitssektoren in der westlichen und der chinesischen Kultur sowie in ihren taiwanesischen Vermischungen ausgerichtet, auf die Tendenzen zur Somatisierung von Krankheit in der chinesischen gegenüber der Psychologisierung in der westlichen Kultur, auf die Prozesse der

Indigenisierung etc. Die soziologische Fruchtbarkeit solcher Überlegungen wird in einer rezenten empirischen, wissenssoziologischen Studie der Anthropologin Elisabeth Hsü über die traditionelle chinesische Medizin im heutigen Festland-China deutlich, die an Kleinman anschließt.

Hsü unterscheidet drei Arten der Weitergabe von (medizinischem) Wissen: geheim, persönlich und standardisiert. Diesen drei Vermittlungsformen entsprechen drei soziale Rahmen (*social settings*): *popular* und *folk practitioners, learned traditional culture physicians* und *professionalised physicians*. In den chinesischen Städten entsprachen dem Kräuterteiler und *qi-gong*-Meister, die außerhalb der Kliniken *folk medicine* praktizieren, *Chinese medical doctors*, die außerhalb und innerhalb von Kliniken praktizieren, und *Traditional Chinese medicine doctors* sowie biomedizinische Ärzte, die zumeist innerhalb von Kliniken praktizieren.

Diese differenten *social settings* produzieren differente Wissensstile. Obgleich in allen *settings* Texte auswendig gelernt werden, bleibt zunächst der jeweilige Stil unterschiedlich. Im *Geheimwissen* geht es um mündliche Tradition, um daoistische Verse, deren Bedeutung in Aussprache und Betonung liegt, die die Praktiken der Atemtechnik *qi-gong* begleiten und in bzw. trotz ihrer Banalität Geheimwissen darstellen. Die Praktiken und Gesten werden ebenfalls mündlich tradiert; sie sind von den »geheimen« gemurmelten oder nicht gesprochenen Versen nicht zu trennen.

Das *persönliche Wissen* beruht ebenfalls auf auswendig gelernten Texten und auf Praktiken. Die Texte sind in klassischem Chinesisch gehalten und sehr lang. Der Arzt versteht sich als *gentleman* und unterhält soziale Beziehungen zu Intellektuellen. Die erlernten Texte bleiben stark polysemantisch; hinsichtlich der Praktiken gilt die Devise der Virtuosität.

Im *standardisierten Wissen* wird gleichfalls auswendig gelernt, aber kürzere Passagen aus akademischen Lehrbüchern, die den polysemantischen Charakter der klassischen Texte zu verringern trachten. Theorie und Praxis sind deutlich getrennt, wie dies auch in der Biomedizin der Fall ist.

Am Beispiel des *qi*, der Energie, wird schließlich deutlich, dass die Wissensstile auch zu unterschiedlichen Konzeptualisierungen führen: Im *Geheimwissen* des *qi-gong* kann *qi* direkt durch Berühren der Körperoberfläche gefühlt werden,

im *persönlichen Wissen* wird seine Bewegung über die Pulsdiagnose wahrgenommen, im *standardisierten Wissen* wird *qi* eher im Gegensatz zu Blut und anderen Körpersäften konzeptualisiert, wird sein ständiges Fließen betont, während seine ständige Transformation »übersehen« wird (vgl. Hsü 1999: 235f.).

Im Anschluss an Kleinman stellt Cecil G. Helman (1990/1984) die Medizinische Anthropologie als Subdisziplin der Sozial- und der Kulturanthropologie vor: »Medical anthropology is about how people in different cultures and social groups explain the causes of ill-health, the types of treatment they believe in, and to whom they turn if they do become ill. It is also the study of how these beliefs and practices relate to biological and psychological changes in the human organism, in both health and disease« (Helman 1990/1984: 1; vgl. 6). Helman führt acht Gruppen von Laien-Ätiologien an, die unter Patienten in den USA verbreitet seien (ebd.: 103): Schwächung, Degeneration, Invasion von Mikroorganismen, Aus-dem-Gleichgewicht-Geraten, Stress, mechanische und Umweltursachen, Vererbung.

Probleme der Arzt-Patient-Konsultation sieht Helman vor allem in folgenden Punkten: »Differences in the definition of ›the patient‹; misinterpretation of patients' ›languages of distress‹; incompatibility of explanatory models; disease without illness⁷; illness without disease« (ebd.: 199f.). Helman sieht einen möglichen Beitrag der Medizinischen Anthropologie zur Verbesserung dieser Probleme durch folgende Strategien (vgl. ebd.: 124): Kranksein zu verstehen, Kommunikation zu verbessern, Kranksein und Krankheit zu behandeln sowie die Bedeutung des Kontexts von Krankheit abzuwägen. Bezugnahmen auf Kleinman finden sich auch in der Untersuchung *Medical Talk and Medical Work* von Paul Atkinson (1995), die auf Feldstudien unter Hämatologen in den USA und England basiert. »My goal throughout is to show how medical work and medical knowledge are enacted through the rhetorical forms of the clinic. I refer metaphorically to the liturgy of the clinic in order to allude to the special quality of medicine's forms of talk. Like sacred liturgies the recurrent, even ritualized, occasions of talk about medical cases are potent methods for the affirmation of participants' membership in the professional culture« (Atkinson 1995: x). Atkinson beschreibt zunächst die Unterschiede des

klinischen *settings*. Waren die US-Hämatologen reine *consultants*, so hatten ihre britischen Kollegen eigene Stationen. Bei seiner Analyse der Gespräche zwischen verschiedenen Arztgruppen stößt Atkinson immer wieder auf Aushandlungsprozesse: »In this and similar sequences, then, the clinicians and the pathologist together seek to negotiate an acceptable description of the specimen itself (the product of biopsy). The vocabulary of pathological description (for example, granuloma, giant cells, mitosis) provides a framework for the shared of the tissue, and out of that vocabulary emerges the description that will fit other, relevant descriptive framework [...] In the course of the fieldwork with the haematologists it became apparent that the clinical pathologist quoted above held an especially privileged position in the technical and moral division of labour locally [...]« (ebd.: 72). Hier wird die Verwandtschaft der Fragestellung Atkinsons mit der der wissenssoziologischen Laborstudien deutlich: Interpretative Prozesse und soziale Dynamiken produzieren Problemdefinitionen und -lösungen (vgl. Maasen 1999: 47ff.). Bei den Mediziner*innen entdeckt Atkinson schließlich verschiedene *voices*: solche der *personal experience*, der *journal science* etc. (vgl. Atkinson 1995: 129ff.).⁸

Interessante Beobachtungen zum Vergleich der medizinischen Kulturen in den USA und in England, Frankreich und Deutschland finden sich bei Lynn Payer (1989/1988), die während der 1980er Jahre für US-amerikanische Zeitschriften als Medizinkorrespondentin aus Europa berichtete. Die US-amerikanische Kultur sei in besonderer Weise von der Vorstellung geprägt, »daß alle Probleme gelöst würden, sobald man einen Virus gefunden habe, der mit einer bestimmten Krankheit in Zusammenhang gebracht werden könne« (Payer 1989/1988: 160). Der Körper werde in Analogie zum Auto, Krankheit als von außen kommend wahrgenommen (vgl. ebd.: 165). Letzteres gelte auch für die Engländer. »Anders als französische Ärzte scheinen die Ärzte in Großbritannien es nicht für sonderlich wichtig zu halten, die Abwehrkräfte des Patienten zu stärken« (ebd.: 127). Sparsamkeit und ›Haltung bewahren‹ seien ihre zentralen Devisen. In Frankreich hingegen werde dem *terrain*, der ›Konstitution‹, zentrale Bedeutung beigemessen. »Während englische und amerikanische Ärzte eher dazu neigen, sich auf das Ergebnis zu konzentrieren, beschäftigen sich französische

und deutsche Ärzte vornehmlich mit der Reaktion; häufig gelingt es ihnen so, sowohl auf die Reaktion einzuwirken als auch das Ereignis abzuwenden« (ebd.: 58f.). Die deutsche medikale Kultur sei in vielem von romantischen Vorstellungen geprägt; darin unterscheide sie sich wiederum am deutlichsten von der französischen. »In der Romantik nahm nicht das Denken, sondern das Fühlen den höchsten Rang ein, und es herrschte ein unverbrüchlicher Glaube daran, daß Herz und Seele ihre ganz eigenen Regungen und Gesetze haben. Anstatt die Welt wie die Cartesianer als eine Maschine zu betrachten, sahen die Romantiker sie als einen lebendigen Organismus an« (ebd.: 76). Diese Tradition führe sowohl zu einer Hochschätzung des Herzens als Krankheitsursache als auch zu einer Aufgeschlossenheit für alternative Heilverfahren. Andererseits neigten die Deutschen jedoch zur Effektivität, weshalb die hoch technisierte Medizin gleichermaßen gepflegt werde (ebd.: 79).

Abschließend möchte ich auf einen Text zu sprechen kommen, der an die Wissenssoziologie anschließt, speziell an die in den Laborstudien vorherrschende konstruktivistische Theorie der Repräsentation, die sich ethnomethodologischer Methoden bedient (vgl. Latour 1987; Lynch 1993): Der niederländische Soziologe Marc Berg (1996) untersucht die Bedeutung der Patientenakte in Arztpraxen und Krankenhäusern. Sie enthalte nicht nur wichtige Informationen, sondern spiele eine durchaus aktive Rolle. Der Arzt konstruiere ein Bild dessen, was er tun solle, indem er die in der Akte enthaltenen Briefe, Laborbefunde und auch seine eigenen Notizen erneut lese und so aus der Vielzahl von Möglichkeiten »kanalisiere«, was als Nächstes zu tun sei (vgl. ebd.: 504f.). In der Klinik habe die Patientenakte noch weitere Funktionen: Sie initiiere eine Folge organisatorischer Routinen und koordiniere die Tätigkeiten des Personals. »Here again, it is clear that record's role is not auxiliary. The record does not merely represent this co-ordination of work, it stipulates and mediates it« (ebd.: 510).

Worin besteht nun das Neue dieses Ansatzes? Hatte Strauss den Arbeitsbegriff erweitert, so erweitert Berg den Handlungsbegriff, indem er ihn auf Akten überträgt. Ob er damit ähnliche Erkenntnisgewinne wie Strauss erzielen kann, muss sich allerdings erst zeigen.