

Biomedizin und traditionelle Medizinen – Verständnisse von Gesundheit und Krankheit

Von Dr. phil. Katarina Greifeld (Frankfurt/Main)

Auszüge (S. 16-18) aus: Einführung in die Medizinethnologie. In: Greifeld, K. (Hg.),
Medizinethnologie – Eine Einführung: S. 13-37. Berlin 2013 (Reimer-Verlag) (19,95 €)

Mit der Bezeichnung Moderne, Westliche, Wissenschaftliche oder Kosmopolitische Medizin wollte man früher das Gegenstück zur „Traditionellen Medizin“ konstruieren. Allerdings stellte sich bei genauerer Überlegung heraus, dass andere medizinische Systeme nicht per se veraltet oder provinziell oder unwissenschaftlich sind (man denke nur an die Chinesische Medizin). „Die Bezeichnung Biomedizin wurde als die vermeintlich unverfänglichste Alternative gewählt“ (Bruchhausen 2010: 506). Seit etwa dreißig Jahren bezeichnet der Begriff „Biomedizin“ damit all das, was die Medizin ausmacht, die an den Universitäten der Welt gelehrt wird. Unterdessen wurde auch allgemein anerkannt, dass es „die“ traditionelle Medizin nicht gibt, sondern dass sie viele unterschiedliche Formungen und Philosophien kennt und auch nicht abgeneigt ist, nützlich erscheinende Dinge der Biomedizin in ihre Praxis zu übernehmen. So nutzen die Heiler der Mayos in Nord-Mexiko nicht nur ihre eigenen Kräuterrezepturen und deren Logik, sondern setzen auch gerne kräftigende Spritzen ein, die sie aus der Biomedizin „importiert“ und die sich als sehr wirkmächtig erwiesen haben (vgl. Greifeld 1985). Umgekehrt gilt dies nicht im gleichen Maße für die Biomedizin, auch wenn diese, wie jede Wissenschaft, ständigen Veränderungen mit wechselnden Standards ausgesetzt ist und damit keineswegs monolithisch ist, obwohl dies immer wieder gerne gesagt wird, z. B. von denen, die die Medizin als Naturwissenschaft auffassen und damit deren „Gesetzmäßigkeiten“ folgen (...). Selbst das ärztliche Handeln, das an der Universität eingeübt wird, unterscheidet sich von Ort zu Ort und natürlich von Person zu Person – auch die Biomedizin ist damit nicht vollständig standardisiert, wenngleich sie qua definitionem auf die physiologischen und biologischen Prozesse fokussiert ist. Sie ordnet sich daher den Naturwissenschaften zu. Das Ideal der Biomedizin als Naturwissenschaft ist die Standardisierung, die sich jedoch nicht durchgängig umsetzen lässt, da kulturelle Setzungen und Werte sie beeinflussen, wie sie etwa in der medizinischen Versorgung von Migranten durchscheinen, aber auch in der Bereitstellung von bestimmten Technologien. Sie sind nicht wertneutral, sondern folgen bestimmten Interessen und kulturellen Setzungen, wenn es etwa darum geht, kinderlosen Frauen eine Schwangerschaft zu ermöglichen.

Während also die Biomedizin physiologische und biochemische Prozesse in den Vordergrund stellt und Krankheit entsprechend linear erklärt, vernachlässigt sie die weiteren Dimensionen medizinischen Handelns, die in anderen medizinischen Systemen zum Tragen

kommen, nämlich die der nicht weniger wichtigen psychologischen, sozialen, kulturellen, moralischen und nicht zu vergessen politischen Dimensionen (s. auch Kirmayer L. 2004 und Lock et al. 2010). Hierzu gehören auch die sehr unterschiedlichen Leib/Seele/Körper/Geist-Konzeptionen, die es in der Welt gibt und die das Beziehungsgeflecht zwischen Menschen, Gruppen und ihren Göttern ausmachen (...).

Eine ausführlichere Auseinandersetzung zum Themenkomplex „traditionelle“ und „westliche“ Medizin findet sich in Greifeld 1995 (S.13 f.), eine Diskussion, die heute eher mit Begriffen wie „Kontext“ geführt wird. Die Unterscheidung zwischen „westlich“ und „traditionell“ ist damit in gewissem Masse obsolet geworden ist. Dennoch bleibt es wichtig, die lokalen Bedingtheiten von Krankheit und Gesundheit zu erforschen, die auf die Menschen einwirken, was Lock et al. (2010) als lokale Biologien („local biologies“) bezeichnet haben. Gerade im Kontext der Diskussion um „global health“ (Weltgesundheit) ist es notwendig, die lokalen Bedingtheiten mitzudenken, um nicht allzu schlichte Erklärungen abzugeben. (...)

Auch die Biomedizin (folgt) kulturellen Setzungen und ist damit (keine ...) „objektive“ Naturwissenschaft. Man denke in diesem Zusammenhang nur an das ihr eigene Körperbild, das sich lange Jahre am weißen, erwachsenen Mann als Standard orientierte und entsprechende pharmazeutische Forschung veranlasste.

Überhaupt lässt sich für die Medizinethnologie sagen, dass nicht nur einzelne Krankheiten beleuchtet und erklärt werden, sondern auch das, was eben nicht (nur) als krank erlebt wird bzw. was anderen ethischen oder moralischen Wertsetzungen unterliegt.

So gibt es Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, die einen direkten Bezug zu individuellen körperlichen Gründen nicht kennen, sondern den Mangel an spirituellem oder körperlichem Gleichgewicht der Gruppe für das Kranksein ihrer Mitglieder verantwortlich machen, wie etwa bei den Kogi in Kolumbien,(...). Andere Kulturen/Gruppen können demnach das Körperbild anders denken und konzipieren, wie in den folgenden Kapiteln immer wieder gezeigt wird.

„Neue“ Krankheiten wie Adipositas sind interessante Themen für die Medizinethnologie. Daran wird zum einen deutlich, wie sich Körperkonzepte über die Zeit hinweg verändern, (...) und zum anderen, wie Kulturen und Gesellschaften ihre unterschiedlichen Wertungen und moralischen Setzungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit einführen und stetig weiterverbreiten, wenn beispielsweise Dickleibigkeit als neue „Epidemie“ bezeichnet – durch die WHO im Jahre 1997 – und der „Body Mass Index“ (BMI) zur allgemeingültigen Messlatte erklärt wird. Tatsächlich wurde der frühere Quetelet-Index in den 1970er Jahren zum BMI, der andere Formeln des „richtigen“ Körpergewichts verdrängte. Adolphe Quetelet (1796–1874) war ein belgischer Mathematiker, der anhand von Untersuchungen an Soldaten einen statistischen „Normalkörper“ entwickelte, der eine bestimmte Nahrungszufuhr benötigt, um

leistungsstark zu bleiben, so dass die Versorgung von der militärischen Führung berechnet werden konnte. Seine Körperkennzahlen für den „mittleren Menschen“ waren schon damals nicht unumstritten, später entwickelte sich daraus die Sozialstatistik weiter (vgl. Frommelt 2012). In der öffentlichen Diskussion um die „Epidemie“ wird allerdings nur die Abweichung nach oben thematisiert, während zur Abweichung nach unten fast nichts verlautbart, was angesichts Millionen hungernder Menschen erstaunt.¹

Nur wer entsprechend des BMI dünn ist, ist demnach schön und gesund, so lautet heute die moralische Botschaft im Globalen Norden (Europa und Nordamerika), obwohl es durchaus verschiedene Schönheitsvorstellungen gibt: man denke nur an die Hula-Tänzerinnen auf Hawaii oder die Bauchtänzerinnen Ägyptens, die in der Regel etwas dicker und ausladender sind, so dass die Tanzbewegungen sichtlich runder und fließender werden.

Die Erschaffung neuer Krankheiten wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Zappelphilipp-Syndrom – oder die Wechseljahre (vgl. Kosack und Krasberg 2002), um nur zwei zu nennen, zeigen, dass die Biomedizin eben nicht gleichbedeutend mit Objektivität und Naturwissenschaften ist.

¹ Laut Welthungerhilfe gab es im September 2010 insgesamt 925 Millionen hungernder Menschen auf der Welt, mit steigender Tendenz.