



Jahrbuch für interkulturelle  
Ethik im Gesundheitswesen

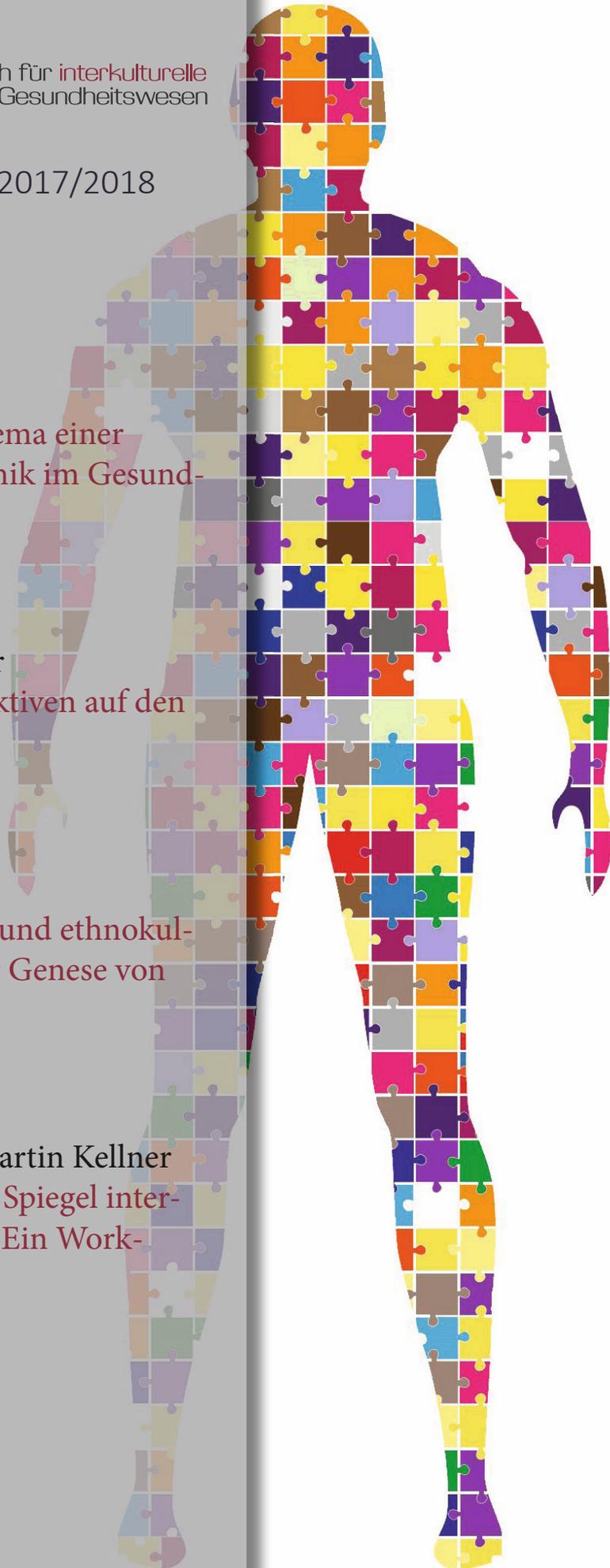
AUSGABE 1 | 2017/2018

Florian Jeserich  
Der Körper als Thema einer  
kultursensiblen Ethik im Gesund-  
heitswesen  
*Seite 1*

Gregor Etzelmüller  
Christliche Perspektiven auf den  
(kranken) Körper  
*Seite 13*

Armin Prinz  
Anthropologische und ethnokul-  
turelle Aspekte der Genese von  
Krankheiten  
*Seite 27*

Florian Jeserich/Martin Kellner  
Körpergrenzen im Spiegel inter-  
kultureller Ethik – Ein Work-  
shopbericht  
*Seite 41*



EDITORIAL

## Der Körper als Thema einer kultursensiblen Ethik im Gesundheitswesen

Liebe Damen und Herren,

Ihnen liegt die erste Ausgabe des *Jahrbuchs für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* (kurz: JiEG) vor. Das Jahrbuch erscheint in deutscher Sprache und kann kostenlos als PDF-Datei von der Webseite <http://www.interkulturelle-ethik.de/> heruntergeladen werden. Es fokussiert auf die Reflexion ethischer Themen im Sozial- und Gesundheitswesen im Spiegel kultureller und religiöser Vielfalt. Ein zweiter Schwerpunkt des JiEG liegt auf der Verbindung zwischen Wissenschaft, Fortbildung und Praxis.

Das JiEG wurde Anfang 2017 im Rahmen des Projekts „Interkulturelle und religionsensible Ethik im Gesundheitswesen: Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis“ ins Leben gerufen. Das Projekt entstand im Herbst 2015 aus Initiative der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG, des Instituts für Islamische Theologie an der Universität Osnabrück und des Arbeitskreises Interreligiöser Dialog im Bistum Essen. Inzwischen kooperieren wir auch mit dem Centrum für Religionswissenschaftliche Studien der Ruhr-Universität Bochum (CERES). In der WOLFSBURG ist das Projekt angebunden an das "Forum für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen". Herausgegeben wird das JiEG von Florian Jeserich, Dr. Martin Kellner, Dr. Detlef Schneider-Stengel, Susanne Stentenbach-Petzold und Dr. Judith Wolf.

Einmal im Jahr veranstaltet das Projektteam in der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG eine wissenschaftliche Tagung zu einem ausgewählten ethischen Thema. Im Anschluss daran werden die Inhalte der Tagung in einem anderthalbtägigen Workshop praxisnah aufgearbeitet, ergänzt und vertieft. Die wissenschaftlichen Beiträge der Fachtagung sowie ein Workshopbericht werden einer breiteren Öffentlichkeit in Form des *Jahrbuchs für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* zugänglich gemacht. Aber auch „externe“ Beiträge, die zum Jahresthema passen, können im JiEG publiziert werden. Hierzu wird es zukünftig einen *call for papers* auf unserer Webseite geben.

Am 18. Mai 2017 fand die erste Jahrestagung und am 24.-25. April 2018 der erste Workshop des Projektes „Interkulturelle und religionsensible Ethik im Gesundheitswesen: Wissenschaft – Fortbildung – Praxis“ in der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG statt. Mit dem Thema „Körpergrenzen: Schmerz, Scham und Intimität“ wurde eine Brücke zwischen wissenschaftlicher Reflexion (z.B. über Körperkonzepte in unterschiedlichen Kulturen und Religionen) und praktischer Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen (z.B. Umgang mit Schamgefühlen) geschlagen. Das Thema unseres ersten Jahrbuchs bringt Körperdiskurse mit ethischen Diskursen vor dem Hintergrund kulturell-religiöser Pluralität zusammen und erscheint somit als innovativer Beitrag zu einer schon länger entfachten Diskussion.

In den Kultur- und Sozialwissenschaften der 1980iger und 1990iger Jahre rückte der menschliche Körper als Reflexions- und Untersuchungsgegenstand zunehmend in den Fokus des Interesses. Der britische Soziologe Bryan S. Turner (1984) prägte den Begriff der ‚somatischen Gesellschaft‘ (*somatic society*), um zu beschreiben, dass der Körper in der Spätmoderne immer mehr zum Prestigeobjekt und zum Teil der Konsumkultur geworden sei, in der Werte wie Schönheit, Fitness und Wellness dominieren (vgl. hierzu auch Featherstone et al. 1991). Einige Jahre später rief der amerikanische Kulturanthropologe Thomas J. Csordas (1990) mit dem Konzept der Verkörperung (*embodiment*) ein neues Denk- und Forschungsparadigma aus. Wissenschaftshistorisch wird die Abkehr von ‚körperlosen‘ Theorien und die Hinwendung zu Körperdiskursen, Körperidentitäten, Körpererfahrungen und Körperpraktiken als „corporeal turn“ (z.B. Witz 2000), „turn to embodiment“ (z.B. Brown et. al. 2011) oder „somatic turn“ (z.B. Gilleard & Higgs 2015) bezeichnet. Dabei ist das Körperliche und Verkörperte nicht nur Erkenntnisgegenstand. Der Körper des Forschenden selbst wird gleichsam zum Erkenntnis- und Forschungsobjekt. Manchen geht diese Wende jedoch nicht weit genug. Kulturanthropologen wie Brenda M. Farnell und Charles R. Varela (2008) wollen mit dem Konzept der ‚dynamischen Verkörperung‘ (*dynamic embodiment*) nicht mehr nur Körperwahrnehmungen erforschen, sondern die Bedeutsamkeit von Körperbewegungen selbst. Darin erkennen sie die „second somatic revolution“.

Die Körperwende betrifft in besonderem Maße auch medizinische, pflegewissenschaftliche, ethische und therapeutische Diskurse. Auch wenn dies nicht immer mit Rückgriff auf die sozial- und kulturwissenschaftliche Theoriebildungen geschieht, so werden die Auswirkungen einer „somatischen Gesellschaft“ inzwischen auch mit Blick auf das Gesundheitswesen diskutiert: die Kommerzialisierung des menschlichen Körpers – insbesondere im Kontext von Ästhetischer Chirurgie, Fortpflanzungs-, Sport- oder Transplantationsmedizin – wird genauso thematisiert (z.B. Taupitz 2007; Roth 2009; Lüttenberg 2011) wie bspw. der Umgang mit Alter und alternden Körpern (z.B. Amrhein & Backes 2007; Gugutzer 2008; Schroeter 2008). Körperkonzepte und -bilder im Kontext des Gesundheitswesens variieren nicht nur zwischen Bereichen und Berufsgruppen (der zu pflegende Körper, der Körper auf dem Operationstisch, die „Leber auf Zimmer 3“, der tote Körper der Organspenderin). Sie variieren auch von Patient zu Patient oder von Bewohner zu Bewohner. Dabei konfligiert nicht selten das Selbst- und Körperbild des Patienten/Bewohners mit dem klinischen Blick auf den Körper. Körperidentitäten und Körperbilder beruhen indes nicht nur auf subjektiver Wahrnehmung, sondern sind stets auch von kulturellen und religiösen Einflüssen geprägte Konstruktionen. Die Beiträge der Erstausgabe unseres Jahrbuchs weisen in diese Richtung.

Vorangestellt sind dieser Erstausgabe die Grußworte, die anlässlich der ersten Jahrestagung zum Thema „Körpergrenzen“ gesprochen wurden. Sie spiegeln die Zusammenarbeit wider, die unserem Projekt zugrunde liegt: **Dr. Judith Wolf**, stellvertretende Akademiedirektorin und Leiterin des „Forums für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen“ der WOLFSBURG begrüßt die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer ersten Jahrestagung in der Akademie; **Weihbischof Wilhelm Zimmermann**, Bischofsvikar für Ökumene und Interreligiösen Dialog

im Bistum Essen, führt den menschlichen Körper als ein „Diskursfeld“ ein, „auf dem zum Teil wahre Schlachten tobten“; und **Prof. Dr. Bülent Uçar**, Direktor des Instituts für Islamische Theologie der Universität Osnabrück, betont die Transferleistung des Projekts: es geht nicht nur um den Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis, sondern auch um den Transfer von Wissen und Werten innerhalb einer kulturell heterogenen Gesellschaft.

**Prof. Dr. Gregor Etzelmüller**, evangelischer Theologe an der Universität Osnabrück, stellt in seinem Beitrag „Christliche Perspektiven auf den (kranken) Körper“ dem traditionellen Körper-Geist/Seele-Dualismus das moderne Paradigma der Verkörperung entgegen. Er zeigt, dass dieses Paradigma mit einer christlichen Anthropologie übereinstimmt, da auch die Bibel „den Menschen radikal als verkörpert“ denkt. **Prof. Dr. Dr. Armin Prinz**, praktischer Arzt und Medizinethnologe aus Wien, führt anhand einer Reihe von Beispielen aus unterschiedlichen Kulturkreisen vor, dass Körper- und Krankheitskonzepte kulturbedingt sind und die biomedizinische Sicht auf den (kranken) Körper nur eine Perspektive darstellt. Und der Pflegewissenschaftler **Nils Fischer**, Mitarbeiter im Projekt „Interkulturalität und Interreligiosität im Gesundheitswesen“ der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, beleuchtet Körperverhältnisse zwischen islamischen Recht und muslimischer Praxis. Schließlich berichten **Dr. Martin Kellner** und **Florian Jeserich** von dem Workshop zum Thema „Körpergrenzen“, der im April 2018 in der WOLFSBURG stattfand.

Ich wünsche Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, viel Freude bei der Lektüre der Erstausgabe des *Jahrbuchs für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* (JiEG). Es ist zu hoffen, dass das Thema „Körper“ im Bereich der medizinischen und pflegerischen Ethik zunehmend reflektiert wird. Auch und gerade vor dem Hintergrund unterschiedlicher subjektiver, kultureller und religiöser Vorstellungen. Wenn unser Jahrbuch zu einer Auseinandersetzung anregt, hat es seinen Zweck erfüllt.

Ihr  
Florian Jeserich

## Literatur

- Amrhein, Ludwig & Gertrud M. Backes 2007. Alter(n)sbilder und Diskurse des Alte(n) s. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40.2: 104-111.
- Brown, Steven D. et al. 2011. Researching “experience”: Embodiment, methodology, process. *Theory & Psychology* 21(4): 493-515.
- Csordas, Thomas 1990. Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos* 18.1: 5-47.
- Farnell, Brenda & Charles R. Varela 2008. The Second Somatic Revolution. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 38.3: 215-240.
- Featherstone, Mike, Mike Hepworth & Bryan S. Turner (Hrsg.) 1991. *The body: Social process and cultural theory*. Sage.
- Gilleard, Chris & Paul Higgs 2015. Aging, embodiment, and the somatic turn. *Age, Culture, Humanities. An Interdisciplinary Journal* 2: 17-33.

- Gugutzer, Robert 2008. Alter(n) und die Identitätsrelevanz von Leib und Körper. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41.3: 182-187.
- Lüttenberg, Beate (Hrsg.) 2011. Im Dienste der Schönheit?: interdisziplinäre Perspektiven auf die ästhetische Chirurgie. LIT Verlag.
- Roth, Carsten 2009. Eigentum an Körperteilen: Rechtsfragen der Kommerzialisierung des menschlichen Körpers. Springer Science & Business Media.
- Schroeter, Klaus R. 2008. Korporales Kapital und korporale Performanzen im Alter: der alternde Körper im Fokus von „consumer culture“ und Biopolitik. Campus Verlag.
- Taupitz, Jochen (Hrsg.) 2007. Kommerzialisierung des menschlichen Körpers. Springer.
- Turner, Bryan S. 1984. *The body and society: Explorations in social theory*. Sage.
- Witz, Anne 2000. Whose body matters? Feminist sociology and the corporeal turn in sociology and feminism. *Body & Society* 6.2: 1-24.

### Autorenkontakt

Florian Jeserich M.A.  
Katholische Akademie DIE WOLFSBURG  
Falkenweg 6  
45478 Mülheim an der Ruhr  
Telefon: 0208/999 19 – 102  
E-Mail: [florian.jeserich@bistum-essen.de](mailto:florian.jeserich@bistum-essen.de)

### Zitationsvorschlag

Jeserich, Florian 2018. Editorial: Der Körper als Thema einer kultursensiblen Ethik im Gesundheitswesen. *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 1: 1-4.

## GRUSSWORT

**Begrüßung zur Tagung „Körpergrenzen“****Judith Wolf**

Sehr geehrter, lieber Herr Weihbischof,  
sehr geehrter Herr Professor Uçar,  
meine sehr geehrten Damen und Herren,

Ich begrüße Sie alle sehr herzlich in der WOLFSBURG und freue mich sehr, dass Sie heute im Rahmen unserer neuen Reihe „Interkulturelle und religionssensible Ethik im Gesundheitswesen“ (IREG) den Weg hierher in die WOLFSBURG gefunden haben. Die Tagung ist eine Kooperation zwischen der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG, dem Institut für Islamische Theologie der Universität Osnabrück und dem Arbeitskreis Interreligiöser Dialog im Bistum Essen.<sup>1</sup>

Ganz besonders begrüße ich Weihbischof Zimmermann, den Bischofsvikar für den interreligiösen Dialog im Bistum Essen. Wie in zahlreichen anderen Projekten im Bereich des interreligiösen und interkulturellen Dialogs sind DIE WOLFSBURG und der Arbeitskreis im Bistum Essen Kooperationspartner auch für dieses neue Format.

Außerdem begrüße ich ganz herzlich Professor Uçar, Leiter des Instituts für Islamische Theologie an der Universität Osnabrück. Wir freuen uns sehr, dass auch ihr Institut, Herr Prof. Ucar, Kooperationspartner für diese neue Reihe ist.

Im Rahmen der Reihe „Interkulturelle und religionssensible Ethik im Gesundheitswesen“ werden wir Veranstaltungen durchführen, die uns nicht nur wegen ihrer Aktualität, sondern gerade auch wegen ihrer praktischen Relevanz sehr am Herzen liegen. Seit vielen Jahren ist die WOLFSBURG mit Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen im Bistum Essen und auch darüber hinaus in ethischen und kulturellen Fragen unterwegs. Von den Antworten auf die Fragen, wie ethisch gehandelt werden sollte und was gesellschaftlich bedeutsam ist, hängt eine christliche Unternehmenskultur ab. Auch die Wahrnehmung einer Einrichtung von außen ist davon abhängig. Viele gesellschaftspolitische Faktoren prägen diese Arbeit: demographischer Wandel, Digitalisierung des Gesundheitswesens, Fachkräftemangel, Ressourcenknappheit und Wettbewerbsdruck, um nur einige Faktoren zu nennen. Ein ganz herausragendes Thema, das in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, ist die kulturelle und religiöse Diversität in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Diese Thematik betrifft auf der einen Seite Patien-

---

<sup>1</sup> Inzwischen kooperiert die Reihe „Interkulturelle und religionssensible Ethik im Gesundheitswesen“ (IREG) darüber hinaus mit dem Centrum für Religionswissenschaftliche Studien (CERES) der Universität Bochum.

tinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner, Klienten und Klientinnen auf der anderen Seite aber auch diejenigen, die als Ärzte, Pflegende oder Therapeuten in der Behandlung tätig sind und zunehmend in multikulturellen Teams zusammenarbeiten.

Nach Zahlen aus dem Jahr 2013 hatten rund 12% der Pflegenden einen Migrationshintergrund – Tendenz steigend. Ähnliches gilt für den ärztlichen Bereich: im Jahr 2014 lag die Zahl zugewanderter Ärzte bei nahezu 32.000. Wenn der Versorgungsbedarf gedeckt und die Überalterung der deutschen Ärzteschaft ausgeglichen werden soll, bedarf es jedoch zukünftig eines noch höheren Anteils ausländischer Mediziner. Ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen muss deshalb einerseits auf kultursensible Versorgung setzen und andererseits Kräfte mobilisieren, um ausländisches Fachpersonal in zunehmend multikultureller werdende Teams zu integrieren und die Diversitätskompetenz aller Teammitglieder zu erhöhen.

Vor diesem Hintergrund ist es dringlich, sich über ethische Themen im Gesundheitswesen auch aus interkultureller Perspektive zu verständigen. Dabei wollen wir in den folgenden Jahren jeweils einen Zwischschritt gehen, um sowohl dem wissenschaftlichen Anspruch als auch der Praxisorientierung unseres Projekts gerecht zu werden. Einmal jährlich wird es im Frühjahr eine Fachtagung geben, die unterschiedliche Themen des Feldes interkultureller Ethik im Gesundheitswesen aufgreift. Aus diesen Themen wird dann ein Praxisseminar entstehen, das die erarbeiteten Ergebnisse in ein Fortbildungsseminar für Mitarbeitende im Gesundheitswesen integriert. Dieses ist jeweils für den Herbst geplant.

Um die Ergebnisse unserer Arbeit darüber hinaus nachhaltig werden zu lassen, werden sie im neuen *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* veröffentlicht. Es wird künftig als Internetzeitschrift zur Verfügung stehen.

Bevor ich nun das Wort an Weihbischof Zimmermann und Prof. Ucar weitergebe, möchte ich mich sehr herzlich bei Dr. Schneider-Stengel, Geschäftsführer des Arbeitskreises interreligiöser Dialog, Dr. Martin Kellner, Mitarbeiter von Professor Uçar und Florian Jeserich, Referent im „Forum Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen“ der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG bedanken. Die engagierte Zusammenarbeit hat diese Tagung ermöglicht. Außerdem danke ich Ihnen schon jetzt, dass Sie auch die Moderation dieses Tages mitgestalten werden.

Ihnen meinen herzlichen Dank, dass Sie den Weg in die WOLFSBURG gefunden haben und bereit sind, sich mit uns gemeinsam mit den Fragen der interkulturellen Ethik auseinanderzusetzen. Ich danke Ihnen für Ihr Kommen und freue mich auf das engagierte Gespräch mit Ihnen.

## Autorenkontakt

Dr. Judith Wolf  
Katholische Akademie DIE WOLFSBURG  
Falkenweg 6  
45478 Mülheim an der Ruhr  
Telefon: 0208/999 19 – 115  
E-Mail: judith.wolf@bistum-essen.de

## Zitationsvorschlag

Wolf, Judith (2018). Begrüßung zur Tagung „Körpergrenzen“. *Jahrbuch für Interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 1: 5-7.

## GRUSSWORT

**Einführende Worte zur Tagung „Körpergrenzen“****Weihbischof Wilhelm Zimmermann**

Sehr geehrte Frau Dr. Wolf,  
sehr geehrter Herr Professor Uçar,  
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie heute zur Fachtagung „Körpergrenzen – Diskurse über Schmerz, Scham und Intimität“ begrüßen zu dürfen.

Der Körper des Menschen war und ist in der Geschichte und in der Gegenwart ein Diskursfeld, auf dem zum Teil wahre Schlachten tobten. Im Christentum gibt es eine wechselvolle Historie des Körpers, von seiner Zügelung und Abwertung in Spätantike und Mittelalter bis zur neuen Parteinahme für ihn im Zeitalter von Renaissance und Reformation.

Heute ist mit den Forschungsergebnissen in der Gentechnologie und an der Schnittstelle von Mensch und Maschine die Optimierung des Körpers in den Fokus gelangt. Zugleich hat sich eine ganze Industrie dem Körper angenommen: Fitness, Kosmetik, Schönheitschirurgie, Ernährungsberatung und vieles andere mehr sollen dazu helfen, die Körper den geltenden ästhetischen Normen und Idealen zu unterwerfen und sie dementsprechend zu formen. Die dazu notwendige Disziplin und auch Askese sind schon eine Herausforderung, weil sie mit erheblichen Anstrengungen verbunden sind.

Aber auch die Religionen und Kulturen haben, wie eben schon angedeutet, den menschlichen Körper mit Normen belegt. Sie werden von den Menschen durch die Erziehung und die Praxis in den Lebenswelten verinnerlicht und bestimmen dann das eigene Schamgefühl, die als gesellschaftlich legitim erachteten Formen der Intimität und des Schmerzausdrucks. Zugleich bestimmen sie aber auch die Grenzen dessen, was als erlaubt und was als Grenzüberschreitung wahrgenommen wird. Die Diskussionen über Bekleidungs Vorschriften, die geschichtlich in verschiedenen Kulturen und Religionen immer wieder vorkamen und vorkommen, sind ein be-  
redtes Beispiel dafür: denn diese Diskussionen wollen nicht nur regeln, was Frauen und Männer in ihrer Kleidung unterscheidet, sondern auch, was vom weiblichen und männlichen Körper sichtbar und was nicht sichtbar sein darf.

Gerade in der Pflege und in der Medizin werden nun Körpergrenzen überschritten. Was mit dem Körper gemacht werden darf oder nicht, ist je nach Kultur und Religion mit Ge- und Verboten behaftet. Selbst der tote Körper ist davon betroffen. So möchte ich an das lange Zeit geltende Seziersverbot erinnern, das im Abendland geherrscht hat. Erinnern möchte ich aber auch

an die rituellen Waschungen der Toten, die vor allem im Judentum und Islam vorgeschrieben sind.

In der Pflege oder bei operativen Eingriffen sind auch – je nach kulturellem und religiösem Kontext – Möglichkeiten und Verbote zu beachten. Dass das konfliktreich sein kann, vor allem wenn Pfleger und zu Pflegende unterschiedlichen Kulturkreisen und Religionen angehören, ist vielen bekannt. Aber selbst im eigenen Kulturkreis kann eine Bluttransfusion eklatante Folgen für den Patienten haben, wenn er z.B. Zeuge Jehovas ist.

Meine aufgezeigten Beispiele und marginalen historischen Einlassungen möchten auf die Dringlichkeit des Themas aufmerksam machen. Wir haben hier im Ruhrgebiet eine der dichtesten Landschaften im Gesundheitsbereich. Ebenfalls haben wir hier im Ruhrgebiet eine der vielfältigsten Bevölkerungszusammensetzungen in Deutschland, sowohl in ethnischer und kultureller als auch in religiöser Hinsicht.

Ich freue mich, dass die Katholische Akademie DIE WOLFSBURG, das Institut für Islamische Theologie der Universität Osnabrück und der Arbeitskreis Interreligiöser Dialog im Bistum Essen sich des Themas angenommen haben. Die heutige Tagung soll ein erster Aufschlag zu einer Reihe sein, die den Titel hat „Interkulturelle und religionssensible Ethik im Gesundheitsbereich – Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis“.

Ich möchte an dieser Stelle Herrn Prof. Bülent Uçar und Frau Dr. Judith Wolf danken, dass sie mit Ihrer Infrastruktur die Reihe unterstützen. Ebenso möchte ich Herrn Dr. Martin Kellner vom Institut für Islamische Theologie, Herrn Florian Jeserich und Frau Dr. Judith Wolf von der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG sowie Herrn Dr. Detlef Schneider-Stengel, Geschäftsführer des Arbeitskreises Interreligiöser Dialog im Bistum Essen für die inhaltliche Gestaltung, die Planung und Organisation der Reihe und der Tagung danken.<sup>1</sup> Alle Beiträge, die heute gehalten werden, sollen dann im *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* erscheinen, das im Internet frei zugänglich sein wird.

Ich möchte auch allen Referenten danken, die heute auf der Tagung einen Beitrag leisten: Herrn Prof. Bernhard Uhde,<sup>2</sup> Herrn Prof. Armin Prinz, Herrn Prof. Gregor Etzelmüller und Herrn Nils Fischer.

Zum Schluss möchte Ihnen, meine Damen und Herren, danken, dass Sie an der Tagung teilnehmen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche uns allen eine interessante und spannende Tagung.

---

1 Inzwischen kooperiert die Reihe „Interkulturelle und religionssensible Ethik im Gesundheitswesen“ (IREG) darüber hinaus mit dem Centrum für Religionswissenschaftliche Studien (CERES) der Universität Bochum.

2 Herr Prof. Uhde wollte dankenswerter Weise den Einführungsvortrag zu unserer Auftakttagung halten. Leider war er am Tag der Tagung verhindert.

## Autorenkontakt

### **Weihbischof Wilhelm Zimmermann**

Sekretariat:

Zwölfling 16

45127 Essen

Telefon: 0201/2204-621

Fax: 0201/2204841-621

## Zitationsvorschlag

Zimmermann, Wilhelm (2018). Einführende Worte zur Tagung „Körpergrenzen“. *Jahrbuch für Interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 1: 8-10.

## GRUSSWORT

**Einführende Worte zur Tagung „Körpergrenzen“****Bülent Uçar**

Sehr geehrter Herr Weihbischof Zimmermann,  
sehr geehrte Frau Dr. Wolf,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Notwendigkeit von respektvollem, aber auch professionellem Umgang mit Feldern kultureller und religiöser Vielfalt ist sicherlich eine der großen Herausforderungen, mit der menschliche Gesellschaften in einer heterogenen, globalisierten Welt heute konfrontiert sind.

Deshalb freut es mich ganz besonders, dass wir heute offiziell eine Kooperation starten, die interreligiös, aber auch interdisziplinär ausgerichtet ist und sich auf „Interkulturelle und religionsensible Ethik im Gesundheitswesen“ fokussiert und dabei besonders den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die entsprechenden Bereiche beruflicher Praxis zum Ziel hat. Diese Kooperation wurde nun schon seit fast zwei Jahren (Herbst 2015) vorbereitet, inhaltlich konzipiert und nun organisatorisch umgesetzt und heute findet die erste Veranstaltung im Rahmen dieser Zusammenarbeit statt.

Das Wort „Transfer“ scheint mir dabei besonders wichtig: Es geht einerseits – und Sie alle wissen, wie bedeutend das in unserer Gesellschaft ist – um den Transfer der einfachen Tatsache, dass wir „miteinander können“, dass die Beziehungen zwischen unterschiedlichen religiösen Gruppen nicht zwangsläufig auf einen *culture crash* hinauslaufen, wie viele das befürchten und manche vielleicht sogar hoffen. So selbstverständlich das für uns ist, muss es dennoch immer wieder betont werden. Andererseits geht es darum, dass wir nicht nur nebeneinander leben, sondern dass wir uns – ausgehend von unterschiedlichen religiösen Konzepten, Leitgedanken und philosophischen Hintergründen – auf einer sehr konkreten Ebene menschlicher Existenz in unserer Verschiedenheit verständigen können, uns selbst darin zum Ausdruck bringen und diese Heterogenität im positiven Sinn gestalten können. Diese konkrete Ebene ist auf der einen Seite institutionell gegeben – hier im ganz konkreten Bereich von Gesundheitswesen. Dieser Bereich ist auch für uns als Institut für Islamische Theologie (IIT) ganz besonders wichtig, weil wir derzeit am Aufbau eines neuen Studienzweiges arbeiten, nämlich der „Sozialen Arbeit“, und im Rahmen dieses neuen Zweiges werden wir auch mit theologischen, religiösen, und interreligiösen Aspekten des Gesundheitswesens befasst sein.

Zudem zeigt auch das Thema der heutigen Tagung „Körpergrenzen: Diskurse über Schmerz, Scham und Intimität“, dass wir uns hier nicht in akademischen Elfenbeinturm austauschen, sondern in Bereichen, die für jeden von uns von Bedeutung sind: direkt am Körper, direkt dort,

wo Themen wie Bedürftigkeit, Verletzlichkeit, Abgrenzung, Verdeckung, aber auch Grenzüberschreitung, Kontakt, gegenseitige Hilfeleistung und Ein-Griffe eine Rolle spielen.

Diese Thematik verlangt Expertise, interdisziplinären Austausch, aber auch Feingefühl und vor allem gegenseitigen Respekt. Für diesen gegenseitigen Respekt soll die neu etablierte Kooperation zwischen dem Arbeitskreis Interreligiöser Dialog im Bistum Essen, der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG und dem Institut für Islamische Theologie ein Zeichen setzen.<sup>1</sup>

### Autorenkontakt

**Prof. Dr. phil. Bülent Uçar**

Universität Osnabrück

Institut für Islamische Theologie

Kamp 46/47

49074 Osnabrück

Raum: 51/201

Telefon: +49 541 969-6032

Fax: +49 541 969-6227

E-Mail: bucar@uni-osnabrueck.de

### Zitationsvorschlag

Uçar, Bülent (2018). Einführende Worte zur Tagung „Körpergrenzen“. *Jahrbuch für Interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 1: 11-12.

---

<sup>1</sup> Inzwischen kooperiert die Reihe „Interkulturelle und religionssensible Ethik im Gesundheitswesen“ (IREG) darüber hinaus mit dem Centrum für Religionswissenschaftliche Studien (CERES) der Universität Bochum.

## WISSENSCHAFTLICHER BEITRAG

**Christliche Perspektiven auf den (kranken) Körper<sup>1</sup>****Gregor Etzelmüller****1. Verkörperung als Thema der Anthropologie<sup>2</sup>**

Unsere moderne Weltwahrnehmung ist weithin geprägt von einer Unterscheidung, die René Descartes (1596-1650) auf den Begriff gebracht hat. Descartes unterschied zwischen der *res extensa* und der *res cogitans*, also einer ausgedehnten und einer denkenden Wirklichkeit. Die ausgedehnte Wirklichkeit, also die Wirklichkeit von Körpern, zu der auch unsere Körper gehören, lässt sich nach Descartes letztlich rein mechanistisch beschreiben. In seiner *Beschreibung des menschlichen Körpers* will Descartes „die ganze Maschine unser Körpers“ auf eine solche Weise erklären, „dass wir nicht *mehr* Anlass zu der Annahme haben, dass es unsere Seele ist, welche in ihr die Bewegung hervorruft, [...] als Anlass anzunehmen, dass es in einer Uhr eine Seele gibt, welche die Stunden anzeigt.“<sup>3</sup>

Leibliche Prozesse sind demnach seelenlose Prozesse und deshalb wie alle körperlichen Prozesse mechanistisch zu beschreiben. Folgerichtig erschließt sich einer solchen Sichtweise der Körper nur noch als „Gliedermaschine“<sup>4</sup>; er hat keinen Anteil mehr an der Subjektivität. Damit ist der Grund gelegt für eine im neuzeitlichen Sinne naturwissenschaftliche Physiologie. Die Maschine wird zum Modell, nach dem auch Lebendiges verstanden wird, und das bedeutet zugleich: Bewegung ist immer von außen bewirkt. „Selbstbewegung im spontanen oder aktiven Sinn ist damit ausgeschlossen“<sup>5</sup>; „an die Stelle der Autonomie des Lebewesens tritt der Automatismus seines Körpers“<sup>6</sup>.

Um die Würde des Menschen zu bewahren, betonte die Moderne freilich, dass wir nicht allein unsere Körper seien, sondern gerade jener faszinierende Geist, der die Gesetzmäßigkeiten dieser Welt erkenne. In der Folge beschrieb die Philosophie den Menschen fast nur noch als reinen

---

1 Vortrag an der Katholische Akademie Die Wolfsburg am 18.05.2017 im Rahmen der Tagung „Körpergenzen: Diskurse über Schmerz, Scham und Intimität“ in der Reihe „Interkulturelle und religionssensible Ethik im Gesundheitswesen“ (IREG). Der Vortragstil wurde beibehalten; der Text um Fußnoten ergänzt.

2 Vgl. zum Folgenden Gregor Etzelmüller/ Thomas Fuchs/ Christian Tewes, Einleitung: Verkörperung als Paradigma einer neuen Anthropologie, in: G. Etzelmüller/T. Fuchs/C. Tewes (Hgg.), Verkörperung. Eine neue Anthropologie, Berlin/Boston 2017, 1-30.

3 René Descartes, Beschreibung des menschlichen Körpers, in: ders., Über den Menschen (1632) sowie Beschreibung des menschlichen Körpers (1648), Heidelberg 1967, 137-190, 141.

4 René Descartes, Meditationen (1641), Hamburg 2009, 5.

5 Thomas Fuchs, Die Mechanisierung des Herzens. Harvey und Descartes – Der vitale und der mechanische Aspekt des Kreislaufs, Frankfurt 1992, 124.

6 A.a.O., 140.

Geist, als reines Selbstbewusstsein. Den Körper überließ man den Naturwissenschaften, der Geist war das Proprium der Philosophie.

Dieser eingespielte Dualismus von Körper und Geist ist im 20. Jahrhundert freilich auch beständig problematisiert worden: in Deutschland von der Philosophischen Anthropologie, in Amerika vom Pragmatismus, in Frankreich von der Phänomenologie. Seit dem späten 20. Jahrhundert wird diese Kritik freilich auch von naturwissenschaftlicher Seite unterstützt. In den Kognitionswissenschaften bricht sich die Einsicht Bahn, dass der menschliche Geist ist „nicht nur zufällig, sondern innig an einen Körper gebunden und innig in seine Welt eingebettet.“<sup>7</sup> Kognition ist immer *embodied and embedded*: Kognition ist immer verkörpert und in eine Umgebung eingebettet. Das bedeutet dreierlei:

1. Kognition ist verkörpert. Der menschliche Geist bildet sich im Umgang eines lebendigen Organismus mit seiner Umwelt. Ein körperloser Geist ist deshalb nicht denkbar. Was in der frühkindlichen Entwicklung besonders deutlich zu erkennen ist<sup>8</sup>, bleibt ein Grundzug (menschlichen) Lebens überhaupt: „the continuous coevolution of acting, perceiving, imagining, feeling, and thinking.“<sup>9</sup> Wahrnehmung und Bewegung, Denken und Fühlen sind ineinander verschränkt. Der Geist bildet sich in der lebendigen Interaktion von Körper und Welt.

Insofern lässt sich zwischen Körper und Geist nur theoretisch unterscheiden, primär ist immer die Einheit des Leibes. Es ist nicht mein Körper, der lernt, aber auch nicht mein Geist, sondern ich als Leib. Und dieser Leib ist ein nicht-hierarchisches Gebilde, bei dem zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche Organe und Glieder die Führung übernehmen. Gerade in funktionierenden Vollzügen haben wir keineswegs eine beständige Kontrolle unserer körperlichen Handlungen durch das Bewusstsein. Unser Leib führt uns oftmals wie ein „Autopilot“ durchs Leben.

2. Kognition ist verkörpert – in einem Organismus, der mit seiner Umwelt interagiert. Deshalb ist Kognition immer situiert. Der menschliche Körper steht immer schon in einem zwischenleiblichen Austausch. Menschliches Leben wächst im Leib seiner Mutter und im Austausch mit ihr. Neugeborene reagieren schon unmittelbar nach der Geburt auf menschliche Gesichtsausdrücke. Auch die elementare Formung des Menschen in seinem ersten Lebensjahr vollzieht sich im zwischenleiblichen Austausch mit anderen. Zwischen neun und zwölf Monaten bildet sich beim Menschen die Fähigkeit aus, zu erkennen, dass ein anderer einem etwas zeigen möchte.<sup>10</sup>

<sup>7</sup> John Haugeland, Der verkörperte und eingebettete Geist, in: J. Fingerhut u.a. (Hgg.), Philosophie der Verkörperung. Grundlagentexte zu einer aktuellen Debatte, stw 2060, Berlin 2013, 105–143, 143.

<sup>8</sup> Vgl. dazu Maxine Sheets-Johnstone, Thinking in Movement: Further Analyses and Validations, in: J. Stuart/ O. Gapenne/ E.A. Di Paolo (Hgg.), Enaction. Toward a New Paradigm for Cognitive Science, Cambridge, MA/ London 2010, 165–181.

<sup>9</sup> Evan Thompson, Mind in Life. Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind, Cambridge, MA/London 2010, 43.

<sup>10</sup> Vgl. Michael Tomasello, Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens, stw 1827, Frankfurt 2006, 83 – 104: „Mit neun Monaten fangen Kleinkinder an, eine Reihe von Verhaltensweisen sogenannter gemeinsamer Aufmerksamkeit zu zeigen, die das plötzlich auftauchende Verstehen anderer Personen als intentionale Akteure widerspiegeln, deren Beziehungen zu äußeren Gegenständen nun verfolgt, gesteuert oder geteilt werden können“ (84).

So lernen Menschenkinder, ihre Welt durch die Augen eines anderen zu sehen; sie erschließen sich die Welt auf zwischenleibliche Weise. Etwa ab einem Alter von drei Jahren neigen Kleinkinder dazu, die Handlungen anderer „übergenau“ zu imitieren.<sup>11</sup> Dieses Phänomen der sog. Überimitation zeigt sich als solches nur bei Menschenkindern, dort aber kulturübergreifend.<sup>12</sup> Kinder erschließen sich ihre Welt, indem sie andere imitieren. Selbst scheinbar rein somatische Prozesse „wie Aufrichtung, Formung der Wirbelsäule und des Beckens“<sup>13</sup> vollziehen sich im Umgang mit der sozialen Umwelt. Durch die Nachahmung anderer, die aufrecht gehen, lernen wir selbst den aufrechten Gang. Der Biologe Adolf Portmann formulierte schon in den 40er Jahren: „Wir erblicken die biologische Eigenart des menschlichen Daseinsform gerade in dem unlösbaren, für das Individuum endgültigen und einzigartigen Verwachsen von ererbten Anlagen und Sozialwirkungen.“<sup>14</sup>

3. Menschliches Leben ist immer schon verkörpert – in einem Leib, der im zwischenleiblichen Austausch lernt, sich in seiner Umwelt zu bewegen. Menschliches Leben bildet sich auch im Austausch mit seiner Umwelt. Elementar kann man sich diesen Sachverhalt an Atmung und Verdauung verdeutlichen. Aber auch menschliche Kultur bildet sich im Umgang mit der materialen Welt. Im Umgang mit dem Material der Welt entdecken wir, welche Möglichkeiten das Leben bietet. Höhlenmalereien unserer Vorfahren verweisen darauf, dass hier nicht einfach Bilder, die man im Kopf hat, auf Fläche aufgetragen werden, sondern dass die beschaffenen Flächen Bilder hervorgerufen haben, die man dann am Material durch dessen Bearbeitung herausgearbeitet hat.<sup>15</sup> Die Höhlenmalereien sind gleichsam das Produkt einer Kooperation von Fels und Mensch. „Vor 250-280.000 Jahren griff ein menschliches Individuum auf den Golan-Höhen bei Berekhat Ram nach einem Stück vulkanischer Schlacke, das – zumindest unseren modernen, an Figurensehen gewöhnten Geist – grob an eine menschliche Frau mit Kopf, Armen, Brüsten, Bauch und Rücken erinnert. Das Individuum nahm ein Steingerät, fuhr die natürlichen Vertiefungen entlang der ‚Nackelinie‘ und der ‚Arme‘ nach und hob damit die Ähnlichkeit hervor.“<sup>16</sup>

Das Paradigma der Verkörperung<sup>17</sup> besagt: Menschliches Leben ist immer schon verkörpert, deshalb lässt sich zwischen Geist und Körper immer nur theoretisch trennen. Als lebendiger

<sup>11</sup> Vgl. nur Stefanie Hoehl u.a., The Role of Social Interaction and Pedagogical Cues for Eliciting and Reducing Overimitation in Preschoolers, *Journal of Experimental Child Psychology* 122 (2014), 122–133.

<sup>12</sup> Vgl. Tom Froese/ David A. Leavens, The Direct Perception Hypothesis: Perceiving the Intention of Another's Action Hinders its Precise Imitation, *Frontiers in Psychology* 5:65 (2014), 1–15, 2.

<sup>13</sup> Adolf Portmann, *Biologische Fragmente. Zu einer Lehre vom Menschen*, Basel 1944, 125.

<sup>14</sup> A.a.O., 127.

<sup>15</sup> Shumon T. Hussain/ Thiemo Breyer, Menschwerdung, Verkörperung und Empathie. Perspektiven im Schnittfeld von Anthropologie und Paläolitharchäologie, in: G. Etzelmüller/ T. Fuchs/ C. Tewes u.a. (Hgg.), *Verkörperung. Eine neue interdisziplinäre Anthropologie*, Berlin 2017, 211–249.

<sup>16</sup> Miriam Noël Haidle u.a., Die Entstehung einer Figurine? Material Engagement und verkörperte Kognition als Ausgangspunkt einer Entwicklungsgeschichte symbolischen Verhaltens, in: G. Etzelmüller/ T. Fuchs/ C. Tewes u.a. (Hgg.), *Verkörperung. Eine neue interdisziplinäre Anthropologie*, Berlin 2017, 251–279.

<sup>17</sup> Zur Einführung vgl. Gregor Etzelmüller/ Thomas Fuchs/ Christian Tewes (Hgg.), *Verkörperung. Eine neue interdisziplinäre Anthropologie*, Berlin 2017; Joerg Fingerhut/ Rebekka Hufendiek/ Markus Wild, Einleitung, in: dies. (Hgg.), *Philosophie der Verkörperung. Grundlagentexte zu einer aktuellen Debatte*, stw 2060, Berlin

Organismus ist der Mensch eingebettet in eine ihn formende Sozialität und entwickelt sich im Umgang mit seiner Umwelt. Damit widerspricht die Philosophie der Verkörperung zwar eingespielten dualistischen Weltwahrnehmungen, kommt aber der biblischen Sicht des Menschen nahe.<sup>18</sup> Auch die Bibel denkt den Menschen radikal als verkörpert: Wenn es Gen 2,7 heißt, Gott schuf den Menschen als ein lebendiges Wesen (*nəpəš ʕajjāh*), dann meint das: als lebendigen Organismus.<sup>19</sup> Entsprechend versteht Paulus den Menschen als *sōma psychikon* (1. Kor 15,44), also als eine psychosomatische Einheit. Selbst die Gottesbeziehung wird leiblich gelebt: „Gesehnt und sogar verzehrt hat sich mein Rachen (bzw. meine Kehle) nach den Vorhöfen JHWHs, mein Herz und mein Fleisch freuen sich in dem lebendigen Gott.“ (Psalm 84,3).

Auch das Phänomen der Zwischenleiblichkeit ist den biblischen Überlieferungen vertraut: Weil der Mensch ein leibliches Wesen ist, deshalb wird er im Alten Testament als bis in sein Innerstes hinein als für andere offen verstanden: „Mein Sohn, ist dein Herz weise, freut sich auch mein Herz, es jubeln meine Nieren, wenn deine Lippen reden, was recht ist.“ (Prov 23,16). In dieser Offenheit gründet auch die besondere Verletzlichkeit des Menschen: „Getrübt von Kummer ist mein Auge; matt geworden wegen all meiner Bedränger.“ (Ps 55,8). Hier wird deutlich: Der Leib grenzt mich nicht von den anderen ab, sondern öffnet mich für sie.

Die elementare Bezogenheit des Menschen auf seine Umgebung verdeutlicht schon die biblische Urgeschichte: Nach Gen 1 ist der Mensch in eine Welt hineingestellt und soll in der Beziehung zu ihr, biblisch: in der Art seines Herrschens seine Gottebenbildlichkeit verwirklichen. Gen 2 verdeutlicht umgekehrt, dass ein lebendiger Organismus auf eine lebensförderliche Umgebung angewiesen ist. Gen 3 schließlich betont die enge Verbindung des Menschen mit der Erde: Von ihr nährt sich der Mensch sein Leben lang, bis er zum Erdboden zurückkehrt.

Christinnen und Christen lesen diese alttestamentlichen Überlieferungen im Lichte der neutestamentlich bezeugten Menschwerdung des Gottessohnes. Wenn es in Joh 1,14 heißt: „Das Wort ward Fleisch“, dann wird deutlich, dass Mensch-Sein Fleisch-Sein bedeutet, also immer nur als verkörperte Existenz gedacht werden kann. Das Neue Testament stützt also die anthropologischen Einsichten des Alten Testaments. Dabei verdeutlicht die Inkarnation: Der Mensch in seiner Fleischlichkeit ist kein Gegenstand der Verachtung, sondern „ein Gegenstand der Liebe Gottes.“<sup>20</sup> Die Inkarnation, die Fleischwerdung des Gottessohnes, hätte eigentlich das Christentum vor jeder Form der Leibverachtung bewahren müssen.

2013, 9-102; Gregor Etzelmüller, Verkörperung, in: Gerd Jüttemann (Hg.), *Entwicklungen der Menschheit. Humanwissenschaften in der Perspektive der Integration*, Lengerich 2014, 265-273.

<sup>18</sup> Vgl. Gregor Etzelmüller, *Verkörperung als Paradigma theologischer Anthropologie*, in: ders./ Annette Weissenrieder (Hgg.), *Verkörperung als Paradigma theologischer Anthropologie*, TBT 172, Berlin/ Boston 2016, 219-242.

<sup>19</sup> Vgl. Bernd Janowski, *Die lebendige nəpəš. Das Alte Testament und die Frage nach der „Seele“*, in: G. Etzelmüller/ A. Weissenrieder (Hgg.), *Verkörperung als Paradigma theologischer Anthropologie*, TBT 172, Berlin/ Boston 2016, 51-94.

<sup>20</sup> Dietrich Bonhoeffer, *Ethik*, hg. von I. Tödt u.a., DBW 6, München 1992, 81.

## 2. Leiblichkeit als gute Schöpfungsgabe Gottes

Wenn wir der theologisch und kirchlich über Jahrhunderte eingespielten Leibverachtung entgegen wirken wollen, müssen wir den Leib als gute Schöpfungsgabe Gottes neu wahrnehmen. Gerade dazu aber kann das neue Verkörperungsparadigma beitragen.

Der Heidelberger Mediziner Viktor von Weizsäcker, einer der Begründer der Psychosomatik, hat bereits 1946 geschrieben: „Wenn ich so jetzt die Medizin meines Lebensabschnittes, von 1906 bis 1946, überblicke, so ist das, was mir den größten Eindruck macht, die Übermacht der körperlichen Situation des Menschen. Es ist die Abhängigkeit des Geistes vom Leibe, der Seele vom Triebe; aber auch die Klugheit dieser Leiblichkeit [...]; die Weisheit, die in der Materie waltet; die Hilfe, die die Natur dem Geiste bringt [...]. Dieser Blick auf den Menschen ist's, welche die Trennung von Natur und Geist [...] vereitelt.“<sup>21</sup>

In der Regel blenden wir die Hilfe, die die Natur dem Geiste bringt, schlichtweg aus. „Während man seine Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Ziel richtet, löscht sich der eigene Körper gewissermaßen selbst aus der Aufmerksamkeit aus. [...] Der Körper kümmert sich um sich selbst, und indem er das tut, ermöglicht er es dem Subjekt, mit relativer Leichtigkeit auf andere praktische Aspekte des Lebens zu achten.“<sup>22</sup> Erst dann, wenn unser Körper müde wird, wenn wir ihn als Begrenzung erleben, nehmen wir ihn wieder wahr. Deshalb werden wir uns unseres Körpers oftmals nur in Situationen bewusst, in denen wir unsere Abhängigkeit von ihm spüren. Das mag die lange Tradition philosophischer und theologischer Körpervergessenheit und Körperfeindlichkeit erklären.

Demgegenüber ermöglicht uns die Wahrnehmung der elementaren Verkörperung des menschlichen Geistes in der Abhängigkeit vom Leib die Weisheit zu erkennen, die im Leib waltet.

Im Blick auf den Schlaf hat die Philosophie immer schon um die Abhängigkeit des Geistes vom Körper gewusst. Bei Spinoza etwa kann man lesen: „Wenn der Körper im Schlaf ruht, bleibt zugleich der Geist im Schlummer und hat, anders als im wachen Zustand, nicht die Fähigkeit zu planen und zu erfinden.“<sup>23</sup>

„Aber lehrt uns das Phänomen Tiefschlaf nicht auch, dass die Eigenaktivität unserer Körper die Aktivität unseres Selbstbewusstseins Nacht für Nacht überdauert? [...] Denn wenn wir in der Tiefschlafphase sogar für das Träumen zu müde geworden sind, bleibt die große Vernunft unseres Leibes weiterhin damit beschäftigt, uns am Sein zu erhalten, indem sie sich abseits von

<sup>21</sup> Viktor von Weizsäcker, Die Medizin im Streit der Fakultäten [1947], in: ders., Allgemeine Medizin. Grundfragen medizinischer Anthropologie, Gesammelte Schriften 7, Frankfurt 1987, 197 - 211, 202. Die Schriften von Weizäckers werden im Folgenden im laufenden Text nach den Gesammelten Schriften mit dem Kürzel GS nachgewiesen.

<sup>22</sup> Shaun Gallagher/ Jonathan Cole, Körperbild und Körperschema bei einem deafferenten Patienten, in: J. Fingerhut u.a. (Hgg.), Philosophie der Verkörperung. Grundlagentexte zu einer aktuellen Debatte, stw 2060, Berlin 2013, 174-202, 174. 199.

<sup>23</sup> Baruch D. Spinoza, Ethik in geometrischer Ordnung dargestellt, neu übersetzt, hg. und mit einer Einleitung versehen von W. Bartuschat, Lateinisch – Deutsch, Hamburg <sup>4</sup>2015, 231.

jeglicher mentalen Kontrolle um die vitale Aufrechterhaltung unserer lebenswichtigen Funktionen sorgt: um das Intakthalten unserer Atmung, unserer Verdauung, Blutzirkulation, um ein funktionierendes Herzkreislaufsystem und vieles mehr. Sollte dieser Sachverhalt Philosophen nicht zu denken geben? – Dass sie ohne die Nachtaktivität der großen Vernunft unseres Leibes nicht eine einzige Nacht als denkende Subjekte überleben würden? Und wird dieser paradoxe Sachverhalt nicht noch erstaunlicher, wenn wir bedenken, dass der Tiefschlaf in der Regel ein Zustand elementarer Regeneration und Körperentspannung darstellt? – Kein bloßer Mangel an Bewusstheit, sondern ein schlafwandlerisch sicheres Operieren unserer Körper, in dem sie in der Tat auf beeindruckende Art und Weise ihr Know-How demonstrieren, unsere Physis ganz ohne mentale Kontrolle selbstaktiv regenerieren zu können? Fast so, als ob sie die nächtliche Absenz unserer selbstbewussten mentalen Fähigkeiten geradezu herbeisehnen würden, um die Gunst dieser mitternächtlichen Geisterstunde für die physische Regeneration unseres leiblichen In-der-Welt-Seins zu nutzen.“<sup>24</sup>

Ich frage von hier aus: Könnte sich uns die Weisheit des Leibes nicht nur im Phänomen des Schlafes, sondern auch im Phänomen der Krankheit erschließen? Bevor ich mich dieser Frage unter 4. zuwende, ist es freilich notwendig, eine theologische Selbstkorrektur des Protestantismus in den Blick zu nehmen: In der Orientierung an Jesu Umgang mit den Kranken hat die evangelische Theologie in den letzten 200 Jahren einen weitgehenden Konsens dahingehend erreicht, dass eine Krankheit eines Menschen nicht auf dessen individuelle Schuld zurückzuführen ist.

### 3. Die Entmoralisierung des kranken Körpers<sup>25</sup>

Am Anfang steht eine Beobachtung an den biblischen Texten: Jesus fragt die Kranken, die ihn um Hilfe bitten, nicht nach ihrer Vergangenheit. Jesus sieht die Menschen vielmehr in ihrer Not und schafft ihnen in ihrer Situation neue Zukunft. Die Menschen, die als Kranke zu Jesus kommen, erscheinen nicht in ihrer Schuld, sondern in ihrer Not. Gegenüber theologischen Traditionen, die den Menschen primär in seiner Schuld und als Sünder zu sehen gelehrt haben, erscheint der Mensch in den Erzählungen von den Heilungen Jesu in seiner Not – und diese Not soll aufgehoben werden. Diesen Grundzug des heilenden Handelns Jesu hat das Johannes-evangelium auf den Punkt gebracht. Als die Jünger angesichts eines Blindgeborenen Jesus fragen: „Wer hat gesündigt, dieser oder seine Eltern?“, antwortet Jesus: „Es hat weder dieser gesündigt noch seine Eltern“. Explizit bestreitet Jesus in Joh 9 einen Kausalzusammenhang zwischen Sünde und Krankheit.

Diese Einsicht ist auch gegenwärtig von größter Bedeutung. Eine Studie zur Bedeutung von Religiosität bei der Verarbeitung von Brustkrebs, die an einem deutschen kleinstädtischen

<sup>24</sup> Arno Böhler, Wissen wir, was ein Körper kann?, in: ders. u.a. (Hgg.), Wissen wir, was ein Körper vermag? Rhizomatische Körper in Religion, Kunst, Philosophie, Bielefeld 2014, 233-252, 235f.

<sup>25</sup> Vgl. zum Folgenden Gregor Etzelmüller, Christentum als Religion der Heilung. Zur Verhältnisbestimmung von moderner Theologie und Krankenbehandlung, in: G. Thomas/ I. Karle (Hgg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Stuttgart 2009, 448-464.

Krankenhaus durchgeführt wurde, lässt erkennen, dass 20 % der Patientinnen sich mit Schuldfragen quälen und ihre Erkrankung als Strafe Gottes deuten.<sup>26</sup> „Sie fragen sich: ‚Warum ich?‘ (Frau B.; Frau H., 60 Jahre, evangelisch) und suchen in ihrem Leben nach Gründen, weshalb Gott sie bestraft haben könnte. So fragt sich eine Patientin: ‚Warum wirst grad ausgerechnet du so bestraft?‘ (Frau C., 69 Jahre katholisch), um dann sogleich in möglichem eigenen Fehlverhalten die Antwort zu finden: ‚Tja, vielleicht weil ich net so fromm bin. Ich bin kein Kirchgänger‘ (Frau C.). Eine andere Patientin spekuliert: ‚Ich denk dann auch, dass ich einiges im Leben nicht richtig gemacht hab und vielleicht doch jetzt mal ‚meine Strafe‘ oder ‚eine auf’n Deckel‘ vom lieben Gott irgendwie [bekomme]‘ (Frau H.).“<sup>27</sup> Klinische Studien belegen, dass dort, wo Menschen ihre Krankheit als Strafe deuten, die medizinische Behandlung oftmals nicht mehr greift. Die Deutung der eigenen Krankheit als Strafe kann das heilende Handeln der Medizin hemmen.<sup>28</sup> Die Krankenheilungen Jesu machen deutlich: Die Deutung der Krankheit als Strafe ist keineswegs christlich. Sie widerspricht dem Handeln Christi, wie es in den Evangelien geschildert wird.

Diese Einsicht muss freilich immer wieder neu gewonnenen werden. Es hat Zeiten in der Geschichte des Christentums gegeben, in der diese Deutung von Krankheit als die christliche Deutung ausgegeben worden ist. So hat insbesondere die evangelische Theologie des 17. Jahrhunderts Krankheit als Sündenfolge gedeutet. Entsprechend rieten die Prediger den Kranken, dass sie, bevor sie einen Arzt aufsuchen, zunächst in der Beichte ihre Sünde bekennen und sich die Sünden vergeben lassen sollten. Der Pietismus, die große Frömmigkeitsbewegung des 18. Jahrhunderts, hat diese Sicht im Wesentlichen übernommen und verbreitet. Sie begegnet in neupietistischen Kreisen bis heute.

Demgegenüber hat Friedrich Daniel Ernst Schleiermacher, der bedeutendste Theologe des 19. Jahrhunderts, wieder an die befreiende Haltung Jesu erinnert. Tod und Krankheit sind als natürliche Phänomene nicht Folge der Sünde, sondern der Endlichkeit des Menschen. Eben deshalb sei es unangemessen, die Krankheit eines Menschen auf seine Sünde zurückführen zu wollen. Seinen Studenten in Berlin diktiert der Theologe Schleiermacher ins Heft: „(K)eineswegs ... darf man des Einzelnen Uebel auf seine Sünde als auf ihre Ursache beziehen.“<sup>29</sup> Krankheit

<sup>26</sup> Sebastian Murken/Claudia Müller, „Gott hat mich so ausgestattet, dass ich den Weg gehen kann.“ Religiöse Verarbeitungsstile nach der Diagnose Brustkrebs, *Lebendiges Zeugnis* 62 (2007), 115–128, 127.

<sup>27</sup> Murken/ Müller, a.a.O., 125f.

<sup>28</sup> Vgl. Randy Hebert u.a., Positive and Negative Religious Coping and Well-Being in Women with Breast Cancer, *Journal of palliative medicine* 12 (2009), 537–545, 537: „Negative religious coping predicted worse overall mental health, depressive symptoms, and lower life satisfaction after controlling for sociodemographics and other covariates.“; ferner Christine Thomas u.a., Einfluss verschiedener Dimensionen von Religiosität auf die Schwere und den Verlauf der Depression im Alter, in: G. Etzelmüller/ A. Weissenrieder (Hgg.), *Religion und Krankheit*, Darmstadt 2009, 283–29, und Christian Zwingmann u.a., Positive and negative Religious Coping in German Breast Cancer Patients, *Journal of Behavioral Medicine* 29 (2006), 533–544; Gail Ironson u.a., View of God as benevolent and forgiving or punishing and judgmental predicts HIV disease progression, *Journal of Behavioral Medicine* 34 (2011), 414–425.

<sup>29</sup> Friedrich D.E. Schleiermacher, *Der christliche Glaube nach den Grundsätzen der evangelischen Kirche im Zusammenhange dargestellt*. Zweite Auflage (1830/ 31), Teilband 1, hg. von R. Schäfer, KGA I/ 13. 1, Berlin/ New York 2003, 479: Leitsatz zu § 77.

solle uns vielmehr zum Impuls werden, diese zu überwinden und alles dazu beizutragen, dass Menschen in Gesundheit leben können.

Trotz theologischer Aufklärung hält sich die Deutung der Krankheit als selbstverschuldeter Strafe bis heute. Und ich würde sogar sagen: Wir sind nicht davor gefeit, dass wir selbst in Zeiten schwerer Erkrankung auf diese Deutung zurückgreifen. Sie ist für Menschen plausibel, weil jeder Kranke in seinem Leben immer auch schuldhaftige Momente findet, die er als Grund seiner Krankheit deuten kann. Dabei wird die Deutung der eigenen Krankheit als Strafe durch die Deutung der anderen oftmals bestärkt: Denn die Gesunden, die ja durch jeden Kranken daran erinnert werden, dass sie auch krank werden können, sichern sich gegen diese Vorstellung, indem sie die Krankheit des anderen als Folge eines verfehlten Lebensvollzuges betrachten. Man kann oft beobachten, dass die Einstellung zu Kranken umschlägt: Gilt dem Kranken zunächst die Sympathie, so schleichen sich nach einer gewissen Zeit vorsichtige Vorwürfe ein. Gerade in solchen Mechanismen erkenne ich die Macht der Sünde. Solche Deutungen zerstören jene Solidarität, auf die der Kranke gerade angewiesen ist. Nicht Krankheit ist Folge von Sünde, sondern dass wir Krankheit als selbstverschuldete Strafe deuten, ist Ausdruck der Macht der Sünde.

#### 4. Die Weisheit des kranken Leibes – zum Gespräch zwischen Psychosomatik und Theologie<sup>30</sup>

Viktor von Weizsäcker, einer der Begründer der Psychosomatik, hat die Frage gestellt, „ob nicht die *medizinische Fakultät* [...] die der *theologischen* nächstverwandte“ sei (GS I, 306). Weizsäcker sah diese Nähe in einem gemeinsamen Wissen um das Unfertige des Menschen begründet. In einem Aufsatz aus dem Jahr 1947, der den Titel trägt *Die Medizin im Streit der Fakultäten*, schreibt Weizsäcker: „Der Mensch ist keine Ganzheit, er ist ewig unfertig. Die Krankheit ist dem Ganzen nur insofern näher, als in ihr das Unganze unseres Wesens offenbar wird.“ (GS 7,210). Der Mensch ist nicht fertig, sondern im Werden. Deshalb sei die Medizin am Gespräch mit der Theologie interessiert: „Wir kommen, bei der Theologie anzufragen, um uns über den Sinn der letzten Bestimmung belehren zu lassen.“ (GS 6, 406).

Gegenwart und letzte Bestimmung stehen dabei nicht unverbunden nebeneinander. Wäre das der Fall, dann hätte die letzte Bestimmung für den Arzt in der konkreten Begegnung mit dem gegenwärtigen Kranken keine Bedeutung. Stünde die Bestimmung eines Menschen in keiner Beziehung zu seiner Gegenwart, dann hätte im Blick auf die religiöse Rede von einer letzten Bestimmung des Menschen die Religionskritik allein das Recht auf ihrer Seite: Hier würde vertröstet, aber nicht geheilt. Die Bestimmung des Menschen muss als eine solche gedacht werden, die schon in der Gegenwart des Menschen wirkt. Die Zukunft wirkt in die Gegenwart hinein.

<sup>30</sup> Zum Folgenden (einschließlich Kapitel 5) vgl. Gregor Etzelmüller, Der kranke Mensch als Thema christlicher Anthropologie. Die Herausforderung der Theologie durch die anthropologische Medizin Viktor von Weizsäckers, ZEE 53 (2009), 163-176.

#### 4.1. Einem Menschen auf dem Wege zu seiner letzten Bestimmung Dienste leisten – Psychosomatik und die Erzählungen von den Krankenheilungen Jesu

Dass die Zukunft des Menschen, seine Bestimmung, schon seine Gegenwart prägen soll, dass wir uns also nicht mit Unglaube, Unrecht und Krankheit abfinden sollen und müssen, verdeutlichen auf besondere Weise die neutestamentlichen Erzählungen von den Krankenheilungen Jesu. Jesus als Arzt zu verstehen, wie es die alte Kirche getan hat, erinnert die Theologie daran, dass sie nicht auf schlechte Weise zwischen Leib und Geist unterscheiden darf. Geistliche Transformationsprozesse müssen sich immer auch leiblich vollziehen. Daher erklärt sich die hohe Bedeutung von Taufe und Abendmahl für den christlichen Glauben: Der Glaube geht den Menschen leiblich an und konstituiert im gemeinsamen Essen einen neuen Leib, die Gemeinde als Leib Christi.

Die Erinnerung an Jesus den Arzt verweist aber auch auf die Herkunftsgeschichte unseres ärztlichen Ethos, das sich nicht allein aus pagan-griechischen Wurzeln speist. Unser Ethos der Zuwendung zum Schmerz, die „Sympathie mit dem Kranken, dem hässlich leidenden als solchen“, war der Antike, auch der hippokratischen Tradition, fremd (GS 5, 149): Vom unheilbar Kranken solle man die Hände lassen, man komme sonst in schlechten Ruf (GS 5, 147). Entsprechend sollten im platonischen Idealstaat „die wohl geduldet werden, welche von einer vorübergehenden Krankheit befallen sind, die man heilen und gesunden kann. Die aber, welche von Natur unkräftig geboren sind, welche eine zarte, nervöse Konstitution mitgebracht haben, wir würden sagen die Psychopathen, [...] die Versagenden, die Neurotiker, an die soll der Arzt seine Zeit nicht verschwenden.“ (GS 5, 149).

Einer solchen Haltung entgegengesetzt ist das Wort Jesu: „Nicht die Gesunden bedürfen des Arztes, sondern die Kranken“ und die diesem Wort entsprechende Praxis Jesu. Es ist nicht die Liebe zum Gesunden, aus der, wie beim antiken Arzt, bei Hippokrates, die Liebe zum Kranken wächst, sondern die Wahrnehmung seiner Not. Die Erzählungen von den Krankenheilungen Jesu verdeutlichen, dass „der Gott, der in den Taten Jesu wirksam und offenbar ist, sich in größter Selbstverständlichkeit darin an die Seite des Menschen stellt, daß eben das, worunter der Mensch als seine Kreatur leidet, auch ihm und ihm zuerst leid, fremd, widerwärtig ist“<sup>31</sup>. In Jesus Christus wendet Gott sich denen zu, von denen die Menschen sich abwenden. Exemplarisch wird das an den Heilungen der Aussätzigen deutlich. Eben deshalb sind die Heilungen Jesu kein Ausdruck einer *theologia gloriae*, also einer Theologie der Herrlichkeit, die Gott in der Demonstration seiner Macht über diese Welt schreiten lässt. Die Heilungserzählungen bringen stattdessen eine Wahrheit der Kreuzestheologie zum Ausdruck, nämlich „dass Gott sich gerade dorthin wendet, wo die Menschen sich abzuwenden pflegen“<sup>32</sup> (WEN, 186).

In den Erzählungen von den Krankenheilungen Jesu erscheint die Krankheit als etwas, das ist, aber nicht sein soll. Mit dem Theologen Karl Barth lässt sich sagen: „Indem Jesus in [Gottes]

<sup>31</sup> Karl Barth, *Kirchliche Dogmatik IV/2*, Zollikon-Zürich 1955, 249.

<sup>32</sup> Dietrich Bonhoeffer, *Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft*, hg. von C. Gremmels u.a., DBW 8, Gütersloh 1998, 186.

Auftrag und in seiner Macht handelt, wird klar: Gott will das nicht, was den Menschen plagt, quält, stört und zerstört<sup>33</sup>. Was Gott will, erkennt der christliche Glaube nicht in dem, was geschieht, sondern in dem, was er in Jesus Christus tut. Die weit verbreitete Rede von Gott als der alles bestimmenden Wirklichkeit droht diesen Sachverhalt prinzipiell zu verstellen: Nicht alles, was geschieht, entspricht Gottes Willen. Gott will nicht, dass Menschen leiden, sein Wille zielt auf die Überwindung von Krankheit und Schmerz.

Diese Überwindung soll – auch das zeigen die Erzählungen von den Krankenheilungen Jesu – schon in der Gegenwart erfahren werden. Dabei zeigt sich eine spannende Analogie zwischen den Krankenheilungen Jesu und der Psychosomatik, insofern beide auf die Eröffnung von Zukunft für den kranken Menschen zielen. Die Therapie zielt nicht auf die Wiederherstellung eines vermeintlich gesunden Urzustandes, sondern besteht darin, wie Weizsäcker sagt, „einem Menschen auf dem Wege zu seiner letzten Bestimmung Dienste zu leisten“ (6, 406). Gesundheit ist deshalb keineswegs beliebig verwertbar. Das verdeutlichen die Erzählungen von den Krankenheilungen Jesu, indem sie die Heilungen oftmals mit Geboten Jesu verbinden bzw. den zukünftigen Lebenswandel der Geheilten skizzieren. In Mk 2 schickt Jesus den Geheilten heim (vgl. 2,12), in Mk 5 wird dem geheilten Gerasener die Verkündigung bei den Seinen aufgetragen (vgl. 5,18-20). In Mk 10 ergreift Bartimäus seine Gesundheit, indem er Jesus nachfolgt. Gesundheit hat demnach für jeden dieser Geheilten eine besondere Gestalt.

Die nicht-beliebige Verwertbarkeit von Gesundheit bringt besonders markant wiederum das Johannesevangelium zum Ausdruck, wenn Jesus in Joh 5 zu dem Geheilten vom Teich Bethesda sagt: „Siehe, du bist gesund geworden; sündige nicht mehr, damit dir nichts Schlimmeres widerfahre!“ (5, 14). Dabei darf das Schlimmere nicht als schlimmere Krankheit, die härter als 38 Jahre Siechtum ist, verstanden werden, sondern als die bewusste Verfehlung des eigenen Lebens.

Möglicherweise helfen Paul Tillichs Ausführungen zum Lebensbegriff in seiner Systematischen Theologie das Gemeinte präziser zu erfassen: Nach Tillich vollzieht sich das Leben in einem „Prozeß des Aus-sich-Herausgehens und Zu-sich-Zurückkehrens“<sup>34</sup>. In diesem Prozess begegnet der Mensch unzähligen Möglichkeiten. Er kann ihnen nachgehen und sich so als lebendig erweisen, freilich mit der Gefahr, sich in der Fülle der Möglichkeiten selbst zu verlieren. Eben deshalb muss er, um mit sich selbst identisch zu bleiben, viele Möglichkeiten ausschlagen. Gesundheit als Erfüllung der wesentlichen Möglichkeiten eines Menschen verlange deshalb „das Opfer des Möglichen für das Wirkliche und des Wirklichen für das Mögliche“<sup>35</sup>. Im Blick auf die von Jesus Geheilten lässt sich sagen: Demjenigen, dem die Nachfolge versagt wird und den Jesus nach Hause schickt, wird das Opfer einer Möglichkeit zugunsten seiner Lebenswirklichkeit zugemutet; derjenige, der in die Nachfolge eintritt, opfert die Wirklichkeit zugunsten einer

---

<sup>33</sup> Barth, KD IV/2, 249.

<sup>34</sup> Paul Tillich, Systematische Theologie. Band III. Das Leben und der Geist. Die Geschichte und das Reich Gottes, Stuttgart 1966, 47.

<sup>35</sup> A.a.O., 57.

neuen Möglichkeit. Damit wird deutlich: „Gesundheit ist Verzicht“ (so Weizsäcker: GS 9, 216-226), Verzicht auf ungelebte Möglichkeiten und/oder gegebene Wirklichkeiten.

Tillich weist darauf hin, dass auch dieser Verzicht nicht der Zweideutigkeit des Lebens entnommen ist. Eben deshalb müsse das Wagnis des Verzichts „mit Bedacht unternommen werden, mit dem Wissen, daß es ein Wagnis und nichts unzweideutig Gutes ist“.<sup>36</sup> Weil Verzicht Wagnis ist und Schuld impliziert, kommt der Arzt bei der Frage: „Was soll ich nun tun, um wirklich gesund zu werden?“ an seine Grenze.

Zusammenfassend lässt sich sagen: In den Krankenheilungen Jesu erscheint wie in der Psychosomatik der kranke Mensch in seiner Not, die ist, aber nicht sein soll, und die deshalb dahingehend bearbeitet wird, dass der Mensch zu einer Zukunft findet, die seiner Bestimmung entspricht.

#### 4.2. Ein Kapitel Psychosomatik bei Paulus

Im interdisziplinären Gespräch erschließt sich gelegentlich auch Fremdes der eigenen Tradition neu. Das gilt m.E. auch für die paulinischen Ausführungen zum unwürdigen Essen des Abendmahls, die uns heute nur noch schwer nachvollziehbar sind und aufgrund ihrer Wirkungsgeschichte zu den problematischsten Partien der Bibel gehören. „Denn wer so isst und trinkt, dass er den Leib nicht achtet, der isst und trinkt sich selber zum Gericht. Darum sind auch viele Schwache und Kranke unter euch, und nicht wenige sind entschlafen.“ (1. Kor 11,29f.)<sup>37</sup>. Zur Wirkungsgeschichte dieses Textes gehörte, dass man Kranke, etwa Epileptiker, aber auch Menschen mit Lerndefiziten, vom Abendmahl ausschloss. Man hat den Text in der Regel so gelesen, dass Gott, der hier freilich gar nicht erwähnt wird, diejenigen, die unwürdig das Abendmahl empfangen, mit Krankheit und Tod straft.

Anders stellt sich der Text dar, wenn man die psychosomatische Einsicht in die Weisheit des Leibes aufgreift. Der Leib vermag durch eine Krankheit eine Bewusstseinsentwicklung anzustoßen. Krankheit kann nach Weizsäcker einem Menschen zu Bewusstsein bringen, dass er sein Leben verfehle. Sie könne als „Anerbietung eines Wissens um die Wahrheit“ erfahren werden (GS 5, 65). Vor diesem Hintergrund erschließt sich eine neue Sinndimension des paulinischen Textes: Der Leib macht in seinen – psychischen und physischen – Krankheiten darauf aufmerksam, dass in der Gemeinde Leben verfehlt wird. Paulus kritisiert die Gemeinde dafür, dass sie das Abendmahl nicht recht feiert. Anstatt ein gemeinschaftliches Mahl zu feiern, bei dem jeder satt wird, würde man das, was man selbst mitgebracht hat, auch selbst verzehren. Deshalb seien die einen betrunken, während die anderen hungern müssten. Die in der Gemeinde scheinbar

<sup>36</sup> Ebd.

<sup>37</sup> Zum Text vgl. Annette Weissenrieder/ Gregor Etzel Müller, Christentum und Medizin. Welche Kopplungen sind lebensförderlich?, in: G. Etzel Müller/ A. Weissenrieder (Hgg.), Religion und Krankheit, Darmstadt 2010, 11-34, 25f.; Annette Weissenrieder, „Darum sind viele körperlich und seelisch Kranke unter euch“ (1 Kor 11,29ff). Die korinthischen Überlegungen zum Abendmahl im Spiegel antiker Diätetik und der Patristik“, in: J. Hartenstein u.a. (Hgg.), „Eine gewöhnliche und harmlose Speise“? Von den Entwicklungen frühchristlicher Abendmahlstraditionen, Gütersloh 2008, 239–268.

vermehrt auftauchenden Krankheiten deutet Paulus als Folge dieser verfehlten Abendmahlspraxis. Interessanterweise formuliert Paulus nicht: Wer so isst, der wird von Gott gerichtet werden, sondern: der isst sich selbst zum Gericht. Die Kranken werden nicht von Gott gestraft. Paulus mutet den Korinthern aber die Einsicht zu: In Krankheiten könne zum Ausdruck kommen, dass etwas (in mir, in meiner Umgebung, zwischen mir und meiner Umgebung) nicht stimmt, nicht stimmig ist. Diese Interpretation leuchtet insbesondere dann ein, wenn man bedenkt, dass die von Paulus hier benutzten Krankheitsbegriffe in der paganen Umwelt vor allem in diätetischen Zusammenhängen begegnen. Liest man Paulus in diesem Zusammenhang, dann lässt sich sagen: Der Leib zeigt eine hohe Sensibilität für lebensabträgliche Formen sozialen Zusammenlebens.

Dabei ist von Bedeutung, dass nicht nur (und nicht einmalig vorrangig) die eigentlichen Übeltäter erkranken. Denn die „Unwürdigen sind ja [...] offenkundig sehr munter physisch am Leben geblieben“<sup>38</sup>, ansonsten müsste Paulus sie nicht ermahnen. Die Leiber reagieren also unterschiedlich auf die Missstände in der Gemeinde. Es gibt manche, die leiden mehr als andere – aber in ihrem Leiden zeigt sich die Wahrheit, dass eine ganze Gemeinschaft das Leben verfehlt.

Dass nach Paulus die Missstände in Korinth sich in Krankheiten Ausdruck verschaffen, zeigt, dass für Paulus der Leib eine sozio-psycho-somatische Einheit darstellt. Als *soma psychikon*, diesen Begriff hat Paulus vermutlich spontan gebildet, kann der Mensch dergestalt unter seiner Umwelt leiden, dass sich dieses Leiden somatisch ausdrückt.

Dass der Leib gerade auch in seiner Erkrankung zum Kritiker der Gemeinde, wir könnten auch sagen: zum Kritiker einer Gesellschaft werden kann, hängt nach Paulus daran, dass der Leib selbst durch das egalitäre Zusammenspiel differenter Glieder, also durch Gerechtigkeit, und Rücksichtnahme auf die vermeintlich Schwächsten, also durch Barmherzigkeit, charakterisiert ist. „Gott hat den Leib zusammengefügt und dem geringeren Glied höhere Ehre gegeben, damit im Leib keine Spaltung sei, sondern die Glieder in gleicher Weise füreinander sorgen. Und wenn *ein* Glied leidet, so leiden alle Glieder mit, und wenn *ein* Glied geehrt wird, so freuen sich alle Glieder mit.“ (1. Kor 12,24-26). Paulus argumentiert im Korintherbrief dahingehend, dass der Aufbau unseres natürlichen Leibes gerechter und barmherziger ist als es unsere sozialen Gemeinschaftsformen sind.

Wenn Krankheiten ihren Ursprung auch in sozialen und rechtlichen Strukturen haben, wird man mit Karl Barth sagen müssen: „Der Wille zur Gesundheit eines Jeden muß also auch die Gestalt des Willens zur Besserung, zur Hebung, vielleicht zur radikalen Umgestaltung der allgemeinen Lebensbedingungen Aller – wenn es nicht anders geht: des Willens zu einer ganz neuen, ganz anderen, bessere Lebensbedingungen für Alle garantierenden Gesellschaftsordnung – annehmen. Wo die Einen krank werden müssen, da können auch die Anderen nicht

---

<sup>38</sup> Günter Bornkamm, Herrenmahl und Kirche bei Paulus, in: ders., Studien zu Antike und Urchristentum. Gesammelte Aufsätze. Band II, BEvTh 28, München 1959, 138 – 176, 170.

mit gutem Gewissen gesund sein wollen“<sup>39</sup>. Die paulinischen Überlieferungen können uns daran erinnern: Es gibt eine medizinische Kritik gesellschaftlicher Verhältnisse.

## 5. Hat jede Krankheit einen Sinn?

Was der Leib durch sein Ausdruckshandeln, also in der Krankheit sagen will, hat Weizsäcker den Sinn der Krankheit genannt. Anders als die klassische moderne Medizin, die Krankheit als sinnfreies Phänomen thematisiert, behauptet die anthropologische Medizin: „Jede Krankheit habe einen Sinn“ (GS 9, 319). Indem der Leib durch Flucht in eine organische Krankheit darauf aufmerksam macht, dass Leben verfehlt wird, trägt er potentiell zur Problemlösung psychischer und sozialer Konflikte bei. Dabei wählt der Leib zur Bearbeitung dieser Konflikte freilich einen hoch riskanten Weg: Indem er in die Krankheit flieht, ruft er eine Gestalt des Todes auf den Plan, der er auch erliegen kann. Denn es ist nicht gesagt, dass der Leib die Krankheit so inszenieren kann, dass der Tod nicht auftritt.

Karl Barth schlägt deshalb vor, Krankheit als „ein Element und Zeichen der die Schöpfung bedrohenden Chaosmacht“ zu verstehen<sup>40</sup>. Er beruft sich für diese Deutung darauf, dass die Dämonenaustreibungen Jesu für die neutestamentliche Überlieferung eine besondere Bedeutung haben: In Apg 10, 38 wird das ganze Handeln Jesu in den Worten zusammengefasst: „Er ist umhergezogen, und hat Gutes getan und alle gesund gemacht, die in der Gewalt des Teufels waren“. Dass auch somatische Krankheiten im Neuen Testament auf Dämonen zurückgeführt werden können, zeigt für Barth, dass die Dämonen nicht nur im Seelischen ansetzen, sondern auch im Leiblichen. Die Deutung von Krankheit als einem „Werk [...] des Teufels und der Dämonen“ erscheint Barth sachangemessen, weil sie festhält, dass wir es bei der Krankheit „mit einem wirklichen Widerpart zu tun“ haben<sup>41</sup>. Wir stehen in der Krankheit einer uns bedrohenden Macht gegenüber.

An den neutestamentlichen Texten lässt sich zeigen, dass die Einführung eines Dämons als Krankheitsverursacher der Entschuldung des Kranken dient. Dieser hat sich die Krankheit nicht selbst zuzuschreiben, sondern wird als Opfer einer fremden Macht verstanden.

Diese dämonisch-sinnwidrige Dimension von Krankheit hat auch der Psychosomatiker Weizsäcker gesehen, doch scheint sie mir bei ihm nicht hinreichend wahrgenommen worden zu sein. Der Sinn der Krankheit, der nach Weizsäcker in der Anerbietung einer Wahrheit liegt, könne auch in der Aufdeckung „verdrängte(r) Tendenzen zur Selbstschädigung und Selbstvernichtung“ liegen (GS 9, 615). Die Flucht in die Krankheit kann dann in Analogie zum Selbstmord verstanden werden. Der Leib flieht in die Krankheit, aber nicht um zu gesunden, sondern um zu sterben. Hier hilft der Leib gerade nicht der Traurigkeit der Seele auf, sondern gibt ihr so Ausdruck, dass sie den Tod wirkt.

<sup>39</sup> Karl Barth, *Kirchliche Dogmatik III/ 4*, Zollikon-Zürich 1951, § 55, 413.

<sup>40</sup> A.a.O., 416.

<sup>41</sup> Ebd.

Dabei ist zu bedenken, dass im psychophysischen Gestaltkreis verborgen bleibt, wer angefangen hat: „das Körperliche oder das Seelische“ (GS 9, 529f.). Es kann also ebenso der Fall sein, dass ein seelischer Todeswunsch in die leibliche Krankheit führt, als auch, dass eine leibliche Krankheit für den Lebenswillen eines Menschen eine solche Hemmung darstellt, dass dieser sich den Tod herbeisehnt. Bedenkt man zudem, dass Menschen auch aufgrund überindividueller Schuldzusammenhänge erkranken, werden auch die Grenzen der Weisheit des Leibes deutlich. Die Krankheit kann in solchen Fällen zwar darauf aufmerksam machen, dass eine Gesellschaft ihre Bestimmung verfehlt, indem sie Strukturen produziert und erhält, die Menschen krank werden lassen, aber diese Erkenntnis kommt dem konkret Erkrankten nicht mehr zur Hilfe. Sie wird von ihm gerade nicht mehr als Heil erfahren.

Wenn man erkennt, dass der Leib, indem er einen Todeswunsch äußert, zum Agenten des Todes werden kann, und wenn man sieht, dass der Leib in unserer Welt oftmals nur noch darauf hinweisen kann, dass diese Welt ihre Bestimmung verfehlt, ohne dass diese Erkenntnis dem konkret Erkrankten zur Hilfe kommt, wird man für die Sinnlosigkeit von Krankheit sensibilisiert.

Eben deshalb erscheint es mir für einen realistischen Umgang mit Krankheit notwendig, die Perspektiven der Psychosomatik und der Theologie kritisch aufeinander zu beziehen: Während sich Theologen durch Weizsäcker auf die Weisheit und Fähigkeiten des Leibes, die sich oftmals auch mit, unter und in der Krankheit bewähren, aufmerksam machen lassen können, kann eine anthropologische Medizin, die in jeder Krankheit einen biographischen Sinn zu erkennen sucht, sich durch die Theologie daran erinnern lassen, dass Krankheit nicht nur Phänomen eines sinnvoll geordneten Kosmos ist, sondern auch als Aufstand des Chaos gegen Gottes Schöpfung zu verstehen ist.

## Autorenkontakt

### **Prof. Dr. Gregor Etzelmüller**

Universität Osnabrück

Institut für Evangelische Theologie

Professur für Systematische Theologie

Neuer Graben 29/Schloss

49074 Osnabrück

Raum: 11/111

Tel.: 0541 / 969 - 4336

Fax: 0541 / 969 - 4772

E-Mail: [gregor.etzelmuller@uni-osnabrueck.de](mailto:gregor.etzelmuller@uni-osnabrueck.de)

## Zitationsvorschlag

Etzelmüller, Gregor (2018): Christliche Perspektiven auf den (kranken) Körper. *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 1: 13-26.

WISSENSCHAFTLICHER BEITRAG

## Anthropologische und ethnokulturelle Aspekte der Genese von Krankheiten

Armin Prinz

### Was ist die Ethnomedizin?

Die Ethnomedizin ist ein kultur- und sozialanthropologisches Fach, das unter Zuhilfenahme von Methoden und Ergebnissen der medizinischen Wissenschaften, der humanrelevanten Naturwissenschaften und der Sozial- und Kulturwissenschaften, die Vielfalt heilkundlichen Denkens, Verhaltens und Handelns des Menschen untersucht. Sie beschreibt, analysiert und vergleicht Heilkunden und die jeweiligen Vorstellungen von Körper, Gesundheit und Krankheit mit dem Ziel, einerseits die diesbezüglichen Unterschiede in den verschiedenen Ethnien, andererseits jedoch auch deren Gemeinsamkeiten (Universalien) festzustellen und zu definieren.

Von besonderer Wichtigkeit sind gerade diese letztgenannten Universalien. Erst deren Kenntnisse ermöglichen einen interkulturellen Diskurs, der das Verstehen anderer Menschen in ihrer heilkundlichen Vielfalt gewährleisten soll. In der notwendigen Kürze können hier natürlich nicht alle relevanten Themen abgehandelt, sondern nur eine Auswahl einzelner Schwerpunkte geboten werden, die Denkanstöße in Hinblick auf transkulturelle Phänomene bieten sollen.

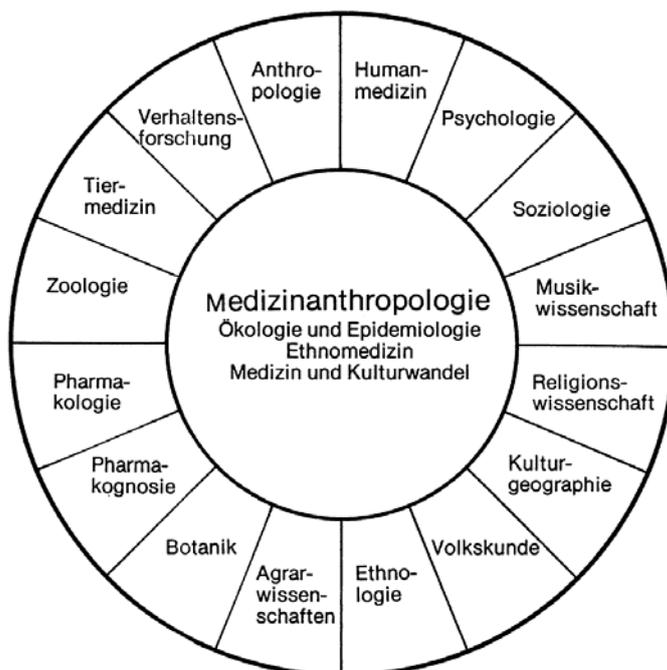


Abb. 1: Die Medizinanthropologie und ihre „Hilfs“-wissenschaften (nach Prinz 1984).

Die Ethnomedizin ist ein Teilgebiet der Medizinanthropologie (*medical anthropology*), die in einer interdisziplinären Arbeitsweise den Zusammenhang zwischen Menschen und Umwelt in Bezug auf Gesundheit und Krankheit erforscht. Wichtige Aufgabengebiete der Medizinanthropologie sind neben der Ethnomedizin, die soziokulturellen Faktoren der Humanökologie und Epidemiologie sowie der Komplex Medizin und Kulturwandel (McBroy 1996).

Das Gefüge zwischen Mensch und Umwelt im allgemeinen und

Mensch und Krankheit im besonderen besitzt biologische, soziale und kulturelle Aspekte. Anhand von drei Beispielen sollen die beiden letzteren erläutert werden:

### Beispiel 1: Die soziokulturelle Adaption an die Malaria in Sardinien (nach Brown 1981)

Auf Sardinien war die Malaria bis zu den großen Eradikationsmaßnahmen nach dem zweiten Weltkrieg endemisch. Die Bevölkerung hat im Lauf ihrer Geschichte ganz gewisse Verhaltensweisen und Strategien entwickelt, um mit der Bedrohung durch diese von der Anopheles-Mücke übertragenen, parasitären Krankheit umzugehen. Sie begannen ihre Siedlungen in "gesunden" Höhenlagen anzulegen und die Niederungen "der schlechten Luft" (ital.: „mala aria“ – daher der Name „Malaria“) während der Nacht zu meiden. Demnach entwickelte sich dort eine dreifache Adaptionstrategie gegenüber dieser Krankheit; eine humanökologische (Höhenlage während der Nacht) eine soziale (Stratifizierung der Bevölkerung mit unterschiedlichem Gefährdungspotential) und eine ideologische (Konzept des heilenden Lufthauchs "colpo d'aria"). Diese Maßnahmen führten in Sardinien zu folgenden Ergebnissen:

Kinder, die sich in den ungesunden Gebieten oft bis in die späte Dämmerung aufhielten, erlitten am häufigsten akute Anfälle – das war wichtig, denn in dieser Zeit wird die schützende Semiimmunität gegen die Malaria für das spätere Leben aufgebaut.

Unter den Erwachsenen hatten die Männer, die eher in den Niederungen arbeiteten, mehr Malaria als die Frauen, die gemäß sardischer Tradition in den höher gelegenen Siedlungsgebieten blieben – das ist wichtig für die Fertilität, denn die Malaria stellt eine gefährliche Komplikation während der Schwangerschaft dar.

Unter den Männern hatten diejenigen, die im agro-pastoralen Bereich arbeiteten, häufiger Malaria als Handwerker und Kaufleute - dies führte zu einer Abwanderung aus der Landwirtschaft und der Entwicklung einer überregional bedeutenden Handwerkskunst.

Von den im agro-pastoralen Bereich tätigen Männern hatten die Bauern mehr Malaria als die Hirten - dies führte dazu, dass viele fruchtbare Gebiete wegen der Gefährdung nicht genutzt wurden, aber sich auch ein saisonaler Wechsel zwischen Viehzucht und Ackerbau entwickelte. Während der Zeit geringen Infektionsrisikos, von November bis Mai, wurden die fruchtbaren, aber gefährlichen Niederungen bestellt, während die Hirten mit den Herden in das gesunde Hochland gezogen sind, um die Felder in der Niederung vor den Weidetieren zu schützen.

Im Gegensatz zu dieser von innen, aus der Bevölkerung heraus ablaufenden Adaption, wurden in den außereuropäischen Besitzungen der Kolonialmächte aus medizinischen Gründen Umsiedlungen durchgeführt, die zwar die Bevölkerungen vor Krankheiten schützen sollten, aber gleichzeitig schwere Eingriffe in die sonstigen Lebensbedingungen brachten.

### Beispiel 2: Eradikationsmaßnahmen gegen die Schlafkrankheit in Belgisch-Kongo (nach Lyons 1989)

Im Kongo wurden große Teile der Bevölkerung, vorgeblich um vor der Schlafkrankheit zu schützen (eine unbehandelt tödlich verlaufende parasitäre Erkrankung, ausgelöst durch *Trypanosoma* spp. und übertragen durch die Tsetsefliege *Glossina* spp.), von ihren angestammten Wohngebieten an den Flussufern, an die neu errichteten Strassen auf den höher gelegenen Wasserscheiden umgesiedelt. Der erwünschte Effekt war jedoch nicht nur Schutz vor der Krankheit sondern auch eine bessere Kontrollmöglichkeit der Bevölkerung durch die Kolonialbehörden. Die traditionelle Lebensweise der Menschen wurde dadurch aber nachhaltig gestört. Nicht nur, dass sie von ihren Fischgründen getrennt wurden und daher Proteinmangel in der Ernährung auftrat, wurden sie auch von den Gräbern ihrer Ahnen und ihren Kultstätten abgeschnitten, die von höchster Wichtigkeit für das gesunde Sozialleben waren. Der Erfolg war eine von einer Infektionskrankheit besser geschützte, jedoch insgesamt in ökonomischer und psychosozialer Hinsicht schwer gestörte Bevölkerung.

Soziokulturelle Besonderheiten haben auch sehr häufig Einfluss auf ein gehäuftes Auftreten von bestimmten Krankheiten. Insbesondere die Nebenwirkungen von gesellschaftlich anerkannten Stimulantien oder Drogen können in manchen Gebieten schwere, doch weitgehend in Kauf genommene Leiden auslösen. Dieses Faktum ist in Bezug auf Tabak und Alkohol jedem bekannt. Es gibt jedoch auch andere Substanzen die gesellschaftlich akzeptiert angewandt werden und schwere Gesundheitsstörungen hervorrufen können. Hierzu gehört etwa das Betelkauen in Südost-Asien.

### Beispiel 3: Krebserkrankungen der Mundhöhle und das Betel-Kauen

In Süd- und Südostasien wird als Stimulans die Betelnuss (der Same der Palme *Areca catechu*) gemeinsam mit dem Betelblatt (das Blatt des Betelstrauches *Piper betle*) gekaut. Damit sich die für die Wirkung verantwortlichen Alkaloide besser lösen, wird der pH-Wert des Speichels durch das Mitkauen von Kalk erhöht. Die Wirkung besteht in einer leichten alkoholähnlichen Berausung und einem zufriedenen Wohlgefühl. Durch das Kauen färben sich Zähne und Zahnfleisch tief ziegelrot. In den Gebieten wo Betel gekaut wird, ist eine starke Verbreitung der Krebserkrankungen der Mundhöhle festgestellt worden. Als auslösende Noxe hierfür dürfte der Inhaltsstoff Crotepoxin verantwortlich sein (Yin et al. 1991).

### Kulturbedingte Konzepte über Ursachen von Krankheit

Um als Arzt seine Patienten zu verstehen, sind Kenntnisse über deren Vorstellungen zu Körper, Krankheit und Gesundheit im soziokulturellen Kontext von äußerster Wichtigkeit. Während dieses Verständnis gegenüber Patienten der eigenen Kultur beim Arzt bis zu einem gewissen Ausmaß sozusagen automatisch vorhanden ist, da er es in seiner eigenen soziokulturellen Entwicklung erfahren hat, fehlt dieses Verständnis in den meisten Fällen fremden Patienten gegenüber. Diese Probleme beginnen bereits bei Patienten die einer anderen Gesellschaftsschicht als

der Arzt angehören. Wenn zum Beispiel ein Arzt der einer Ärztesfamilie aus Vorarlberg entstammt, in einem Wiener Arbeiterbezirk seine Tätigkeit aufnimmt, wird er es ohne intensiver Beschäftigung mit dem ethnomedizinischen Hintergrundes seiner Patienten schwer haben, das notwendige Vertrauensverhältnis aufzubauen. Um so wichtiger ist dieses Einarbeiten auf die speziellen Vorstellungen bei Angehörigen fremder Kulturen. Hiezu eignen sich die Kenntnisse wesentlicher heilkundlichen Universalien.

#### Beispiel 4: Das Konzept der Bikausalität von Krankheit

Eine der Wurzeln für dieses Nichtverstehen zwischen Arzt und fremden Patienten ist ein Phänomen, das wir als Bikausalität von Krankheit bezeichnen können. Letztendlich werden immer zwei Ursachen für den Ausbruch einer schweren Krankheit verantwortlich gemacht. Einerseits eine natürliche wie etwa Infektion, Unfall, schlechtes Essen oder Erkältung, andererseits aber auch ein Disharmonie in der Beziehung zur Gemeinschaft, zu übernatürlichen Mächten und zur Umwelt.

Der große britische Sozialanthropologe Sir Edward Evans-Pritchard untersuchte in den 1920er Jahren die Krankheitsvorstellungen bei den Azande, einer ethnischen Gruppe in Zentralafrika im Raum der Nil-Kongo Wasserscheide. Die dabei von ihm beobachtete doppelte Ursache von Krankheit bezeichnete er treffend als "first" und "second spear", die beide den Patienten treffen müssen, um ihn krank zu machen. Während ersterer Infektionen etc. umfasst, besteht der zweite aus einem gesellschaftlichen und emotionalen Spannungszustand, ausgelöst durch Verhexung "mangu" oder magische Praktiken "ngua" übel wollender Mitmenschen.



Abb. 2 Bikausalität von Krankheit bei den Azande Zentralafrikas (nach Evans-Pritchard 1937, modifiziert von Prinz).

Diese außerhalb einer rationalen Denkweise liegenden Störungen sind in allen Gesellschaften nachweisbar, zeigen jedoch kulturspezifische Besonderheiten. Ein an Lungenkrebs erkrankter Europäer wird, wenn er einsichtig ist, akzeptieren, dass sein jahrzehntelanger Tabakkonsum seine Krankheit verursacht hat. Dies wäre die natürliche Ursache. Andererseits wird er sich denken „Aber es rauchen doch Hunderttausende um mich herum genau so viel, warum haben die keinen Krebs? Was habe ich falsch gemacht, wer will mir Übles, wogegen habe ich mich versündigt?“ Unerträgliche Gedanken von Schuld und Sühne befallen ihn, die nur durch adäquate

psychologische Betreuung und Begleitung gelöst werden können (Prinz 1993).

### Beispiel 5: Das humorale und solidarische Denken in den Heilkunden

Eine andere Universalie, sowohl in den Traditionen der graeco-arabisch-abendländischen Heilkunden, der indischen Ajurveda und der traditionellen chinesischen Medizin (TCM), als auch in sämtlichen traditionellen Heilkunden der übrigen Welt, ist das nebeneinander von solidaren (festkörperlichen) und humoralen (saftförmigen) Körperkonzepten. Da auch bei uns das individuelle Leiden in Anlehnung an diese Vorstellungskategorien ausgedrückt wird (etwa in Aussagen wie: das Übel zieht, es sticht, es fließt, es bohrt etc.), muss der Arzt diese kennen, um sich in den Patienten und seine Krankheit einfühlen zu können.

Krankheit kann vom Menschen humoralpathologisch oder solidarpathologisch gedeutet werden. Ersteres ist die Vorstellung, dass die "Körpersäfte" in einem schlechten Mischungsverhältnis zueinander stehen oder qualitätsmäßige Mängel aufweisen und daher krank machen, letzteres ist die Annahme, dass im Körper an einer Stelle Materie erkrankt, die dann ausstrahlend auf den ganzen Organismus übergreift.

Beide Vorstellungen sind allen Heilkunden immanent und nebeneinander zu finden. Bei den Azande sind die Krankheiten, die durch Magie ausgelöst werden, einem humoralpathologischen und solche, die durch Hexerei verursacht werden, dem solidaren Denken zuzuordnen. Bei den Ersteren wird bei der Behandlung versucht "Krankheitsstoffe" abzuleiten, etwa mit Aderlässen oder Skarifikationen, bei den Letzteren werden in "Extraktionsoperationen", ähnlich wie bei den philippinischen Geistheilern, eingedrungene "Metastasen" der Hexenkraft als krankmachende Materie scheinbar entfernt.

Die Bio-Medizin, in ihrem Hang zum Dogmatismus, hat immer nur eines dieser beiden Krankheitskonzepte als "wissenschaftlich" gelten lassen. War bis in die 1830er Jahre die Humoralpathologie Lehrmeinung, so wurde es dann die Solidarpathologie, die keine andere Auffassung neben sich duldet, obwohl sie gerade heute wieder mit den neu entdeckten Hormonen, Neurotransmittern und Mediatorenstoffen, die sich oft physikalisch unerklärlich in Sekundenbruchteilen im Organismus verteilen, in starke Anlehnung zur Säftelehre gerät.

Dieses ständige Nebeneinander dieser beiden Vorstellungen kennt jeder von uns. Einerseits gibt es Krankheiten, bei denen man der Humoralpathologie entsprechend das Gefühl hat, alles fließt durch den Körper und man müsse diesen Krankheitsstoff nur genügend ausschwitzen, ableiten oder ausscheiden, um wieder gesund zu werden, andererseits kennen wir Zustände, bei denen wir ganz dezidiert auf die schmerzende Körperstelle weisen, mit der Vorstellung, dass es sich dabei um einen solidaren, krankmachenden "Gegenstand" handelt, der nur aus dem Körper herausoperiert werden müsse (Prinz 1984).

### Medizin und Kulturwandel

Die Untersuchung der Folgen von Einflüssen und Eingriffen auf das soziokulturelle Gefüge einer Ethnie von außen, insbesondere auf die daraus resultierenden Veränderungen der Lebensbedingungen, der Nahrung und der Gesundheitsversorgung, ist das dritte große Arbeitsgebiet

der Medizinanthropologie. Während früher etwa Gesundheitsprojekte ohne medizinanthropologische Begleitung durchgeführt wurden (siehe Beispiel 2 oben), werden heute zunehmend Medizinanthropologen schon bei deren Planung beigezogen. Zu einem späteren Zeitpunkt des Studiums soll auf dieses auch für Ärzte interessante und abwechslungsreiche Berufsbild näher eingegangen werden.

### Transkulturelle familienmedizinische Aspekte

Im ethnomedizinischen Teil wurde bereits die Notwendigkeit hervorgehoben, sich als Arzt Kenntnisse über die Vorstellungen zu Körper, Gesundheit, Krankheit und therapeutische Erwartungen seiner Patienten anzueignen. Dies ist verhältnismäßig einfach, wenn es sich um Menschen der eigenen Gesellschaft, insbesondere auch um solche der eigenen sozialen Gruppe handelt. Umso fremder jedoch der Patient für den Arzt ist, oder besser gesagt sie sich gegenseitig sind, umso schwieriger ist es, das für die ärztliche Tätigkeit notwendige Vertrauensverhältnis aufzubauen. Besonders bei Angehörigen fremder Kulturen, mit denen wir in unserer Zeit immer mehr zu tun bekommen werden, ist eine ärztliche Tätigkeit ohne ethnomedizinisches Einfühlungsvermögen praktisch unmöglich. Es muss daher Studierenden immer wieder empfohlen werden sich schon frühzeitig diese transkulturelle Sozialkompetenz anzueignen. Diese kann man nicht studieren, diese muss man sich konsequent erarbeiten. Grundvoraussetzungen, wie die Kenntnisse von heilkundlichen Universalien oder den weiter unten kurz angeführten kulturgebundenen Syndromen, dem soziokulturellen Hintergrund von Menschen aus anderen Ländern, den Familienstrukturen etc. kann man lernen. Das tatsächliche Verständnis muss man sich jedoch selbst, durch eigene Kraft und mit Liebe zur Berufung zum Arzt, erkämpfen. Um diesen persönlichen Weg zum transkulturellen Verständnis augenscheinlich zu dokumentieren, werde ich als Beispiele zu den einzelnen Punkten ausschließlich eigene Erfahrungen als Arzt in Afrika, bei der Wiener Rettung und in der Flughafenambulanz Wien/Schwechat anführen.

### Darstellung von Krankheit

Beim Umgang mit fremden Patienten ist vor allem die Kenntnis der Tatsache von Bedeutung, dass in jeder Kultur die Menschen auf eine andere Art lernen ihr Leiden auszudrücken. Es ist kulturell geprägt, wie das Nicht-Gesundsein angezeigt wird und damit die Mitmenschen den Betroffenen als krank erkennen. Während bei uns eher ein analytischer Aspekt vorherrscht - man hat gelernt Lokalisation und Qualität des Schmerzes genau zu beschreiben - wird etwa im mediterranen Raum eher eine dramatische Performance gewählt. Dies führt beim Arzt häufig zu einem Missverständnis, das bis zur Aggression reichen kann. Er, der gewohnt ist, dass die Patienten mit ihm sprechen, ihm erklären wo was weh tut, steht plötzlich vor einem sich windenden Patienten, der keiner verbalen Kommunikation zugänglich ist und ihm womöglich noch auf die Finger schlägt, wenn er ihm auf den Bauch greifen möchte. Böse, rassistische Bemerkungen haben sich hierfür bereits im klinischen Alltag etabliert, wie „Türkenbauch“ oder

„viel weh tun“ etc. Dabei reagieren diese Menschen einzig und alleine wie sie es bei einem Leiden, das von außen nicht sichtbar ist, gelernt haben. Vollkommen anders ist es, wenn jeder sofort sehen kann was ihm fehlt. Der gleiche Patient, der sich bei Bauchschmerzen am Bett windet, zeigt keinen Schmerz wenn er sich den Finger abhackt. Das braucht er nicht zu demonstrieren, da sieht jeder was er hat.

Ganz anders als im mediterranen Raum ist die Darstellung von Leiden in Schwarzafrika. Hier sind die Menschen, wenn sie krank sind, oft ruhig, in sich gekehrt, an der Umwelt scheinbar desinteressiert. Drückt man in den schmerzenden Bauch, ziehen die Patienten eventuell nur kurz zischend die Luft durch die zusammengepressten Zähne. Eine für uns nicht gewohnte Schmerzreaktion, die leicht dazu führt, Afrikanern eine geringere Schmerzempfindlichkeit zuzuschreiben. In der Kolonialzeit wurde dies ja tatsächlich gemacht und führte zu unglaublich brutalen Körperstrafen, unter dem Motto „damit er ja etwas spürt“.

Eine besondere Bedeutung beim Schmerzerleben kommt auch der vermuteten Ursache hierfür zu. Ist man überzeugt, dass der Bauchschmerz von einer beginnenden Enteritis (Darmentzündung) kommt, weil man Diätfehler begangen hat, wird der Schmerz weit eher toleriert, als bei der Furcht, er könnte durch Krebs ausgelöst sein. Bei Menschen aus anderen Kulturen kommen erschwerend auch Ursachen hinzu, die weit in das soziale und religiöse Leben hineinreichen. Wie unter „Bikausalität von Krankheit“ schon kurz besprochen, sind dies etwa Ängste vor der Strafe Gottes, der Geister oder der Ahnen und vor den Folgen von Hexerei oder magischen Praktiken.

### Beispiel 6: Angst vor Magie als Aggravation von Krankheit in Afrika

In einer kleinen Krankenstation im Kongo, im Stammesgebiet der Azande: eine junge Frau wird, gestützt von ihrer Mutter, in den Behandlungsraum gebracht. Wortreich erläutert Letztere die Beschwerden ihrer Tochter dem Arzt. Sie leide schon seit Wochen an einer „kaza basolo“, einer Krankheit die dadurch entstanden sei, dass ihr böse Mitmenschen die Klitoris gestohlen hätten (kaza = Krankheit; basolo bedeutet soviel wie „wegschaben“). Jetzt sei ihr Leben in Gefahr; der ganze Unterleib tue ihr weh und sie drohe zu verbluten. Vor Schwäche könne sie nicht mehr alleine gehen. Der Arzt untersucht die Patientin. Das Abdomen ist weich. Das Genitale ist außer einer menstruationsähnlichen Blutung ohne Befund, die Klitoris unversehrt. Er versucht dies den beiden zu erklären, ohne Erfolg. Für ihn uneinsichtig versteifen sie sich auf die Behauptung des Diebstahls. Um die Patientin zu beruhigen werden die in Buschkliniken üblichen Routineuntersuchungen angeordnet: Blutbild, Hämoglobin, Blutausstrich sowie Stuhl und Harn auf Parasiten. Das Ergebnis: lediglich eine erhebliche Anämie, die mit dem vorgefundenen, geringen Parasitenbefall alleine nicht erklärbar ist.

Ohne ausreichende Kenntnisse der traditionellen Vorstellungen zur Ätiologie und Symptomatik dieser kaza basolo, könnte der moderne Mediziner in einem solchen Fall leicht dazu neigen,

in Verärgerung über diesen „abergläubischen Unsinn“, die Beschwerden der Patientin zu bagatellisieren. Hiermit würde er sich als unfähig zur ärztlichen Tätigkeit in fremden Gesellschaften erweisen.

Wenn er sich jedoch um die Hintergründe bemüht, würde er erfahren, dass es bei den Azande eine Geheimgesellschaft von Jägern gibt, die „aboro basolo“ heißen (aboro = Menschen). Um größeren Jagderfolg zu haben, führen sie verbotene magische Praktiken durch, für die sie, gemäß der Vorstellung der Azande, eine Klitoris benötigen. Sie tragen am Gürtel einen kleinen Lederbeutel, der wunderkräftige Pflanzen beinhaltet. Wenn sie dann einer Frau die Hand reichen, „wandert“ deren Klitoris über die Arme in diesen Beutel. Zuhause verkohlt der Übeltäter dessen Inhalt zusammen mit dieser imaginären Klitoris, vermischt ihn mit verschiedenen magischen Ölen und schmiert diese Masse auf die Jagdwaffen. Jetzt wird ihm das Jagdglück hold sein, die Frau jedoch, die glaubt ihrer Klitoris beraubt zu sein, reagiert mit Panik. Zuerst muss sie versuchen diese zurück zu bekommen; sie kann sogar zum Stammesgericht gehen um den Jäger zu klagen. Gelingt es ihr nicht diesen zu einer Rückgabe des Säckchens zu zwingen, oder ist dessen Inhalt bereits verkohlt worden, nimmt die Krankheit ihren Lauf. Ihre Menstruation ist gestört, sonstige körperliche Beschwerden stellen sich ein und vor allem seelisches Siechtum beginnt.

Abgesehen von Deutungen im Sinn von Gegensätzen zwischen den Geschlechtern bis hin zu einer kulturspezifischen Form der Ausbeutung von Frauen, zeigt dieses Beispiel eines: die Somatisierung von Konflikten in fremden Gesellschaften kann nur verstanden und nachvollzogen werden, wenn man als Arzt deren soziokulturelle Hintergründe kennt. Für diese gesellschaftsspezifischen Krankheitsbilder hat sich in der Ethnopsychiatrie der Fachterminus „Culture-bound Syndrome“ durchgesetzt.

### Die kulturgebundenen Syndrome (CBS)

Die CBS (Prinz 1995) sind psychische Alterationen mit oder ohne zusätzliche somatische Beschwerden, für die es keine Entsprechung in anderen Kulturen und insbesondere in der Psychiatrie der westlichen Medizin gibt. Sie werden in der jeweiligen Gesellschaft als fest umrissene Krankheitsbilder erfasst und gelten durch Faktoren ausgelöst, die ebenfalls nur aus der speziellen soziokulturellen Situation erklärbar sind. Sie stellen eine erhebliche gesundheitliche Belastung für die betroffene Bevölkerung dar und können epidemische Ausmaße erreichen. Darüber hinaus sind sie wegen ihrer Spezifität praktisch nur traditionellen Heilverfahren zugänglich.

Die Ethnopsychiatrie unterscheidet sieben verschiedene Gruppen von CBS, auf die jedoch hier nicht im Einzelnen umfassend eingegangen werden kann. Unser Fallbeispiel gehört zu den „Genital Retraction Taxon“. Dies sind Zustände schwerer Angst vor drohendem Verlust von Teilen des Geschlechtsorganes und somit von Potenz und Geschlechtsidentität. Ein häufiges Syndrom und Grund für die Benennung dieser CBS Gruppe ist die „koro“-Krankheit in Afrika und Ostasien. Durch einen initialen Anlass, in Afrika häufig der Glaube an Hexerei oder Magie, be-

fürchtet man, dass sich der Penis in den Bauch zurückzuziehen beginnt oder die Klitoris verschwindet. Ein ebenfalls in die Sexualität reichendes CBS ist das nur bei uns bekannte prämenstruelle Syndrom. Nur in der westlichen Welt wird dieser erhöhten Empfindlichkeit der Frau vor Beginn der Menstruation ein Krankheitswert zuerkannt.

Wie bei allen Krankheiten gibt es auch bei den CBS solche die mit einem gewissen gesellschaftlichen Renommee verbunden sind, aber häufig auch solche bei denen gerade das Gegenteil der Fall ist. Diese sind besonders erschwerend für die Betroffenen. Ein solcher Underdog unter den CBS ist die in Südostasien und Indonesien vorkommende Latah. Nach einem starken initialen Stimulus, etwa einem lauten Knall, der eine die Zuschauer erheiternde körperliche Reaktion beim Betroffenen hervorruft, beginnt der Kranke zwanghaft seine Mitmenschen nachzuäffen, ein distanzloses Gehabe an den Tag zu legen und laut schreiend Obszönitäten von sich zu geben. Besonders Frauen sind davon betroffen und in der Folge von gesellschaftlichen Sanktionen bedroht. Sind doch diese Länder mehrheitlich islamisch, wo von den Frauen ein zurückhaltendes Verhalten in der Öffentlichkeit erwartet wird.

### Beispiel 7: Unterbrechung eines Stupors durch die Erwähnung von Latah

Die Ambulanz des Flughafens in Wien wird über den Tower verständigt, dass in einer aus Jakarta ankommenden Maschine eine Patientin sei, die nicht ansprechbar ist. Wir erwarten die Maschine am Vorfeld. Wir gehen mit sämtlichen Geräten zur cardio-pulmonalen Reanimation an Bord. Dort finden wir eine etwa 30-jährige Chinesin vor, die reglos auf einer Sitzreihe liegt. Sie stammt aus Indonesien und ist seit Jahren mit einem Wiener verheiratet, mit dem sie auch zwei Kinder hat. Ehemann und Flugzeugbesatzung sind aufgeregt und der festen Meinung, dass die Frau kurz vor dem Exitus letalis steht. Der Puls 110 rhythmisch, Blutdruck 130/70, sie atmet, wenn auch bemüht flach, und bei einem kurzen Antupfen der Wimpern zuckt das Lid prompt. Erstdiagnose: Stupor (psychogene Erstarrung). Ich versuche Ehemann und Flugbegleiterinnen zu beruhigen, mit geringem Erfolg. Zu dramatisch erscheint ihnen das Krankheitsbild. Wir bringen die Patientin in unsere Ambulanz und machen (vor allem zur Therapie des beunruhigten Ehemannes) ein EKG und messen die Sauerstoffsättigung. Wie zu erwarten alles in Ordnung. Einzig die Körpertemperatur war auf 37,8° erhöht. Mit Mühe konnte ich den Ehemann hinausschicken und versuchte, wie in solchen Situationen notwendig, mit der Patientin ins Gespräch zu kommen. Jedoch ohne jeglichen Erfolg, sie verharrte in ihrem Stupor. In meiner Verzweiflung beugte ich mich hinunter und flüsterte ihr ins Ohr: „Haben sie Latah?“ Es tat mir schon leid bevor ich es ausgesprochen hatte, denn ihre Symptome hatten bei weitem nichts mit der klassischen Latah zu tun, die ja genau das Gegenteil von stuporös ist, nämlich agitiertes, mit obszöner Gestik verbundenes Fluchen, ähnlich dem Tourette-Syndrom bei uns, bei dem die Patienten lauthals schimpfend auf der Strasse gehen. Abrupt öffnet sie die Augen und richtet sich blitzschnell auf. „Was haben Sie gesagt? Ich soll Latah haben“. Und schon sprudelt es aus ihr heraus. Sie fühle sich erkältet, zu Hause bei den Eltern war es so schön, aber sie liebt auch ihren Mann und ihre Kinder. Sie ist Österreicherin. Sie möchte gar nicht mehr in Indonesien leben. Sie hat beim Abschied schwer gelitten. Aber jetzt ist ja alles gut. Kein gutes Zureden half,

den durch Abschiedsschmerz, grippalem Infekt und der latenten Angst vor der Fremde ausgelösten Stupor zu unterbrechen, doch die leichtfertig hingessagte Behauptung an der stigmatisierten Krankheit zu leiden genügte, um sie wieder zu stabilisieren.

Sicherheitshalber, wie bei jedem Tropenrückkehrer mit Fieber, machte ich noch einen Malariasschnelltest, der negativ war, gab ihr 500 mg Paracetamol und übergab sie „geheilt“ ihrem Mann, der mit großen Augen schauend dieses Wunder nicht begreifen konnte. Überschwänglich bedankte sich die Frau bei mir für die gute Behandlung.

## Die Frau in der islamischen Familie

Als Arzt wird man bei uns besonders häufig mit islamischen Patienten in Kontakt kommen. Der Islam ist eine Religion, die wie jede Glaubenshaltung, wenn sie streng befolgt wird, umfangreichen Einfluss auf die Lebensgestaltung seiner Anhänger nimmt. Es wird genau festgelegt wie sich der Mensch - Mann und Frau - zu verhalten haben, um Gott wohlgefällig zu sein. Das hierbei, wie bei allen Religionen, die Gefahr besteht diese Regeln unter gewissen gesellschaftlichen Bedingungen zur Unterdrückung der Menschen, insbesondere der Frauen, zu missbrauchen, ist ein immer wiederkehrendes Phänomen. Dies hängt nicht mit der Religion, sondern mit den ganz profanen politischen und sozialen Machtstrukturen zusammen.

Wenn wir jetzt die Situation bei unseren islamischen Familien betrachten, so sehen wir die enorme Spannung unter der diese Menschen leben. Zum Grossteil stammen sie aus ländlichen Gebieten ihrer Heimat, in denen, wie überall am Land, die Religion einen höheren Stellenwert besitzt als in den Städten. Sie kommen jetzt in eine Großstadt, wo sie die Sprache nicht beherrschen, ihre gewohnten religiösen Bräuche keine Bedeutung haben und die Lebensformen komplett verschieden zu denen ihrer Heimat sind. Alleine die genaue Einhaltung der Fastenregeln während des Ramadans ist für jeden Muslim bei uns mit enormen Stress verbunden. Es bleiben ihnen nur zwei Wege offen, entweder assimilieren sie sich oder sie bilden eine Subkultur in der sie so gut wie möglich ihre alten Lebensweisen zu erhalten trachten. Zumeist wird es ein Hin- und Herwechseln zwischen diesen beiden Möglichkeiten sein, ein Verhalten für das sich in der Soziologie der Terminus „Changing identity“ etabliert hat. In der Früh geht die Frau mit ihrem Kopftuch und langem Rock zu ihrer Arbeit, dort nimmt sie das Tuch ab und zieht ihren knielangen Arbeitsmantel an, ist womöglich den ganzen Tag mit kompromittierenden, ihre islamischen Gefühlen verletzenden Gesprächen ausgesetzt, um dann am Abend wieder zurück in ihre Rolle als muslimische Frau zu schlüpfen.

Bei oberflächlicher Betrachtung erscheint uns die Rolle der Frau in diesen Familien von geringerer Bedeutung als bei uns. Doch sie ist nur anders, durch Tradition und Religion geprägt. Frauen haben ganz genau festgelegte Pflichten aber auch Rechte, die sie zu verteidigen wissen. Vor allem sind sie auch für die medizinischen Belange zuständig. Sie bestimmen wie ihre Kinder behandelt werden sollen und sie wird auch bei ihrem Mann achten, dass er im Krankheitsfall das ihrer Meinung nach Richtige tut.

Besondere Probleme in dieser ambivalenten Stellung zwischen den Kulturen treten für die Frauen im sexuellen Bereich auf. Es muss im Islam die strenge Regel befolgt werden, dass der Ehemann Muslim sein muss, die Ehe mit einem Christen daher nur möglich ist, wenn er vorher konvertiert. Die so genannte arrangierte Ehe etwa bei türkischen Familien ist kein islamisches, sondern ein ländlich anatolisches Phänomen. Im Koran gibt es keinen einzigen Hinweis, dass die Frau nicht frei in der Entscheidung bei der Wahl ihres Ehepartners ist. Sehr wohl auf den Koran zurückzuführen ist die Forderung auf unbedingte Keuschheit der Mädchen vor der Ehe, wobei es hier ebenfalls keinen Unterschied zum konservativen Christen- oder Judentum gibt. Beim Bruch dieses Tabus kommt es in islamischen Familien zu schweren sozialen Störungen, die mit Ausschluss des Mädchens aus der Familie enden können. In den islamischen Familien bei uns führt die Forderung dem Islam gemäß zu leben häufig zu einem Generationskonflikt. Viele junge Leute tendieren, zumindest zeitweilig in ihrer Entwicklung, auch im sexuellen Bereich, zu den westlichen Wertvorstellungen, die zwangsläufig zu Problemen mit den im Islam noch fest verankerten älteren Verwandten führt.

### Beispiel 8: Fluchtversuch aus der traditionellen Realität

Nächtlicher Einsatzbefehl bei der Wiener Rettung. Am Display des Bordcomputers des Notarztwagens steht neben der Adresse lakonisch: Exitus letalis, Berufung durch anwesenden Polizisten. Am Berufungsort eine Funkstreife, ein Polizist erwartet uns und beruhigt uns, keine Eile, die Patientin ist tot. Wir kommen in eine Substandardwohnung, Heizölgeruch vom Zimmerofen, Teppiche am Boden, ärmlich, aber peinlich sauber. Eben typisch für eine Wohnung unserer türkischen Landsleute. In der Mitte des Zimmers liegt aufgebahrt ein Mädchen. Vater, Mutter, Geschwister stehen mit Kerzen um sie herum und weinen. Eine alte Frau, vielleicht die Großmutter, streichelt ununterbrochen über den Kopf des Mädchens, küsst es auf die Stirn und streicht mit einer islamischen Gebetskette über ihren Hals und ihre Brust. Es war gar nicht einfach bis zur Patientin durchzukommen. Nicht, dass die Leute dem Doktor nicht ergeben Platz gemacht hätten, aber das Zimmer war so klein und es waren so viele Menschen da, die immer wieder zu dem Mädchen wollten um zu weinen. Nun, meine erste Untersuchung ergab: wieder ein Stupor; Puls in Ordnung, Atmung unterdrückt und flach, Reaktion der Lider auf eine kurze Berührung. Es ist klar, ich muss die Patientin aus dieser Wohnung hinausbringen. Ich erkläre dem Vater, wenn wir ins Spital fahren, können wir vielleicht noch etwas für das Mädchen tun. Zögernd willigt er ein, er glaubt ja, dass seine Tochter tot ist. Bei Muslims, ähnlich wie bei Juden, ist es religiöses Gesetz, dass Verstorbene innerhalb von 24 Stunden begraben werden müssen. Dies ist ein enormer Druck, der auf den Angehörigen lastet. Insbesondere wenn sie den Leichnam noch in die heimatliche Erde der Türkei bringen wollen.

Im Krankenwagen, alleine mit der Patientin, wieder das gleiche Nicht-Reagieren auf guten Zuspruch wie bei der Patientin aus Indonesien. Reden, Fragen wieso, keine Antwort. Darauf sage ich ihr, dann müssen wir halt auf den Steinhof fahren. In dem Moment, als ich den Namen des, heute wirklich ungerechter Weise in der Bevölkerung so schlecht angeschriebenen psychiatrischen Krankenhauses genannt habe, beginnt sie mit mir zu sprechen. Sie, ein 16-jähriges türkisches Mädchen, bereits in Österreich geboren und hatte daher auch die Aversion der Wiener

gegenüber dem psychiatrischen Krankenhaus angenommen, ist schwanger. Sie hat es heute erfahren und wusste sich keinen Rat. Sie wollte einfach tot sein. Ich brachte sie auf die Frauenklinik und hoffte, dass sie dort eine adäquate psychosoziale Hilfe bekommen werde.

## Traditionelle Behandlungsformen



Abb. 1 Ein islamischer Arzt aus dem Iran beim traditionellen Schröpfen mit einem Horn. Foto Mohammad Shekari.



Abb. 4 Der Sohn des Arztes skarifiziert das Schröpf-Ödem. Foto Mohammad Shekari.

Bei islamischen Patienten sieht man als Arzt auch oft Artefakte, d.h. künstliche Zeichen von therapeutischen Maßnahmen der arabischen Medizin. Eine häufige Methode ist das Schröpfen (Abb. 3), das auch in vielen anderen Kulturen, auch in unserer Medizingeschichte, weit verbreitet war oder ist. Hierbei werden Glashalbkugeln, so genannte Schröpfköpfe, heiß gemacht und auf die erkrankte Stelle aufgesetzt. Dabei bildet sich zumeist ein kreisrunde Verbrennung und durch das Erkalten ein Vakuum, das die darunter liegende Haut pilzförmig in den Glaskörper saugt. Häufig wird auch die darunter liegende Haut mit einer Lanzette skarifiziert (eingeschnitten; Abb. 4, Abb. 5). Gemäß der Humoralpathologie glaubt man, dass auf diese Art krankmachende Dämpfe oder Säfte aus dem Körper herausgezogen werden. Im modernmedizinischen Sinn könnten wir eine solche Behandlung als oberflächliche Reiztherapie ansehen, die oft erstaunliche Erfolge zeigt.

### Beispiel 9: Artefakte traditioneller Behandlung

Ein kurdischer Asylwerber wird in unsere Flughafenambulanz gebracht. Der begleitende Sicherheitsbeamte ist ganz aufgeregt und will wissen, ob diese furchtbare Hautkrankheit, die der Patient habe, ansteckend sei. Beim Duschen wurde gesehen, dass er am Rücken symmetrisch verteilt acht etwa 12 cm Durchmesser große, bläulich-livide verfärbte Hautveränderungen hat,



*Abb. 2 Die Schröpfwunde nach dem Skarifizieren und nochmaligem Schröpfen mit einer modernen, in einer Plastikfabrik hergestellten Schröpfungpumpe. Foto Mohammad Shekari.*

die wallartig mit Krusten umrandet waren. Ich konnte den Polizisten beruhigen, dies waren nur die Hämatome und Narben von einer Schröpfbehandlung, die er in seiner Heimat durchführen ließ.

Da der Mann jedoch recht mager war, einen kränklichen Eindruck machte und hustete, veranlasste ich eine interne Untersuchung mit Lungenröntgen. Diagnose: Verdacht auf Lungentuberkulose. Der Patient wurde auf eine Spezialabteilung zur weiteren Therapie gebracht.

## Die Beschneidung der Frau

Zum Abschluss soll noch ein wichtiges Thema aus dem transkulturellen Bereich angerissen werden, die Beschneidung der Frau (Prinz & Katzensteiner 1986, Abu Baker 2000, Binder-Fritz 2000). Diese rituelle Verstümmelung ist ein alter und weltweit verbreiteter Brauch. Wie Mumienfunde beweisen, wurde sie schon im alten Ägypten durchgeführt. Hiermit ist auch die weit verbreitete Annahme widerlegt worden, dass dieses Brauchtum vom Islam getragen und verbreitet wurde. Tatsächlich werden im Bereich dieses Glaubensbekenntnisses besonders häufig die Mädchen diesen schmerzhaften und verstümmelnden Operationen unterzogen, obwohl keine Legitimation hierfür aus dem Koran abzuleiten ist. Auf der anderen Seite sind etwa Marokko, Tunesien, westliches Saudi-Arabien, Türkei, Syrien und der Iran, um nur einige zu nennen, islamische Länder, in denen keine Klitoridektomie durchgeführt wird. Die weibliche Beschneidung wird etwa auch bei den koptischen Christen Ägyptens, den orthodoxen Christen sowie bei den jüdischen Falascha Äthiopiens und bei vielen nicht-islamischen ethnischen Gruppen Afrikas, in Malaysia und Indonesien sowie im amerikanischen Raum im östlichen Mexiko, in Ecuador, Peru und Brasilien gepflegt. Auch unter den australischen Ureinwohnern ist dieses Ritual verbreitet. Bis vor etwa 160 Jahren gab es auch in Europa – etwa in Rumänien und Russland – die christliche Sekte der Skopzen, die neben schweren Genitalverstümmelungen beim Mann, die bis zur totalen Amputation von Penis und Hoden reichten, auch bei den Frauen die Klitoridektomie und die Ablatio beider Brüste durchführten. Das Hauptverbreitungsgebiet, in dem dieser unmenschliche Brauch auch am beharrlichsten durchgeführt wird, ist, trotz vieler legislativer Bemühungen – der Nordosten Afrikas mit Sudan, Äthiopien und Somalia.

Die rituelle Beschneidung der Frau umfasst mehrere verstümmelnde Eingriffe am äußeren weiblichen Genitale. Die häufigsten Formen sind:

1. Eine teilweise Ausschneidung von Klitoris und kleinen Labien von unterschiedlicher Radikalität. Am geringsten ist die so genannte »Sunna-Zirkumzision«, bei der „nur“ das Präputium der Klitoris entfernt wird.
2. Die vollständige Amputation von Klitoris und kleinen Labien, an die zumeist noch zusätzlich eine Infibulation (Vernähung der Vulva) angeschlossen wird, die so genannte »Pharaonische Beschneidung«.
3. Die Introizision in Westafrika, bei welcher um die Vagina Einschnitte vorgenommen werden, um sie für zukünftige Geburten zu »erweitern«.

## Autorenkontakt

**Ao.Univ.-Prof. Dr. Dr. Armin Prinz**  
Medizinische Universität Wien  
Zentrum für Public Health  
Kinderspitalgasse 15/I  
1090 Wien  
E-Mail: armin.prinz@meduniwien.ac.at

## Literatur

- Abu Baker, H. (2000): Female Genital Mutilation in Sudan: Policies and Information Dissemination. *Viennese Ethnomedicine Newsletter* 2: 16.
- Binder-Fritz, C. (2000): A Cross-Cultural Meeting on Female Genital Mutilation. *Viennese Ethnomedicine Newsletter* 2: 12.
- Helman, C.G. (2001): *Culture, Health and Illness*. Oxford University Press.
- Prinz, A. & S. Katzensteiner (1986): Die Beschneidung der Frau. *SPECULUM*, 4.2: 22.
- Prinz, A. (1992): Die Ethnomedizin. Definition und Abgrenzung eines interdisziplinären Konzeptes. *CURARE* 15: 147-160.
- Prinz, A. (1995): Kranksein in fremden Kulturen. S. 77-80 in O. Frischenschlager, M. Hexel, W. Kantner-Rumplmair, M. Ringler, W. Söllner & U.V. Wisiak (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie*. Springer Verlag, Wien.

## Zitationsvorschlag

Prinz, Armin (2018): Anthropologische und ethnokulturelle Aspekte der Genese von Krankheiten. *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 1: 27-40.

**BERICHT****Körpergrenzen im Spiegel interkultureller Ethik – Ein  
Workshopbericht**

*Florian Jeserich  
Martin Kellner*

**Einführung**

In seiner Begrüßung stellte Workshopleiter Florian Jeserich das Projekt „Interkulturelle und religionsensible Ethik im Gesundheitswesen: Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis“ (I-REG) vor. Er zeigte auf, dass die zunehmende innergesellschaftliche Pluralisierung und kulturell-religiöse Heterogenisierung, aber auch Prozesse von Globalisierung in der Medizin zu neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen führen. Um diese spannungsreichen Prozesse genauer zu analysieren und wissenschaftliche Reflexionen für die Praxis nutzbar zu machen, wurde das Projekt 2015 gegründet. Es basiert auf einer Kooperation des Forums für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen (EPiG), der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG, des Instituts für Islamische Theologie (IIT) an der Universität Osnabrück, des Arbeitskreises Interreligiöser Dialog im Bistum Essen sowie des Centrums für Religionswissenschaftliche Studien (CERES) der Ruhr-Universität Bochum.

Florian Jeserich erläuterte, dass der anderthalbtägige Praxis-Workshop zum Thema „Körpergrenzen: Diskurse über Scham, Schmerz und Intimität“ auf der gleichnamigen Fachtagung basiert, die im Mai 2017 ebenfalls in der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG stattfand. Ziel dieser Doppelstruktur (Fachtagung – Praxis-Workshop) sei es, Wissenschaft und Praxis miteinander zu verknüpfen und einen Wissenstransfer in beide Richtungen zu ermöglichen.

Die zwanzig Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer hatten verschiedene wissenschaftliche und berufliche Hintergründe. Darunter waren u.a. eine niedergelassene Ärztin, ein Pflegepädagoge, eine interkulturelle Trainerin, eine Sozialarbeiterin, eine Krankenhausseelsorgerin, ein Theologe, eine Kunsttherapeutin, Medizinethnologinnen, eine Gesundheits- und Krankenpflegerin, eine Integrationshelferin sowie Mitarbeitende der Diakonie oder eines Palliativteams. Die Perspektivenvielfalt und der Erfahrungsreichtum der Teilnehmenden unterstützten den intensiven Austausch und halfen dabei, das Thema „Körpergrenzen“ immer wieder in seiner Mehrdimensionalität in den Blick zu nehmen.

In einem ersten Impuls verteilte Florian Jeserich ein Arbeitsblatt, auf dem das Körperschema einer nackten, aber dennoch geschlechtsneutralen Person abgebildet war. Die Teilnehmenden wurden eingeladen, dieses Körperschema mit Buntstiften farblich zu gestalten, wobei der Kre-

aktivität freien Lauf gelassen werden konnte. Die Gestaltung sollte lediglich auf das Thema „Körpergrenzen“ Bezug nehmen. In der sich anschließenden Diskussion im Plenum kam bereits eine bunte Vielfalt von unterschiedlichen Körperbildern, Schamgrenzen, Schmerzzonen und Intimitätskonzepten zum Vorschein. Hierbei spielten sowohl persönliche, als auch gesellschaftlich-normative Deutungsmuster eine Rolle. Auch die eigene Emotionalität im Hinblick auf Körper- und Schamgrenzen war ein wichtiges Reflexionsmotiv, dessen Relevanz im Laufe des Workshops immer wieder deutlich wurde.

## Schmerzempfinden aus interkultureller Sicht

Der Großteil des ersten Workshoptages wurde folgend von der interkulturellen Trainerin und systemischen Therapeutin Asiye Balikci-Schmidt gestaltet. Anhand eines Rollenspiels verdeutlichte sie zunächst die Wichtigkeit psychosozialer Dynamiken im Kontakt von Eigen- und Fremdkultur: Wann fühle ich mich sicher und geschützt? Wie weit wage ich mich vor? Wo verlaufen meine Grenzen? Was macht Angst? Wann „verlasse“ ich „meine Kultur“? Ist die eigene kulturelle Identität Chance, oder Bremse, oder beides?

*„Schmerz kann den Charakter einer Mitteilung haben, die verstanden werden muss.“*

Die Bedeutung der Thematik wurde vor dem Hintergrund aktueller demographischer Entwicklungen dargestellt: Ältere Menschen mit Migrationshintergrund – in aller hierbei zu beachtenden Heterogenität – bilden die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Die damit verbundene verstärkte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die spezifischen Zugänge zu Institutionen des Gesundheitssystems und die allgemeinen soziokulturellen Veränderungen führten zunehmend zu einer Notwendigkeit institutionell implementierter Sensibilität für kulturelle Verschiedenheit. Obwohl es in den letzten Jahren in diesem Bereich zu positiven Entwicklungen gekommen sei, bestehe nach wie vor dringender Bedarf an Forschung und Umsetzung einschlägiger Erkenntnisse in die Praxis.

Konkret ließen sich die Erfordernisse kultursensibler Versorgung an den Bereichen Pflegeverständnis, Schmerzverhalten, Sterbebegleitung, Versorgung von Toten und Umgang mit Trauer festmachen. Im Mittelpunkt des Praxis-Workshops stand jedoch die kulturelle Dimension des Schmerzempfindens. Das Aufeinandertreffen von biomedizinischen und holistischen Schmerzkonzepten („Alles tut weh“) stelle nach Balikci-Schmidt ein typisches Phänomen kulturell heterogener Behandlungssituationen dar: Im hiesigen Gesundheitssystem werde die systemische Kontextualisierung von Schmerzempfinden oft ausgeblendet; Ärztehopping, fehlende compliance, Medikamentenmissbrauch und Frustrationen bei allen Beteiligten seien oft Folgen mangelnder interkultureller Kompetenz in medizinischen Settings. Insofern könne interkulturelles Wissen auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht positive Auswirkungen haben. In der Praxis sei es oft hilfreich, das spezifische Krankheitsverständnis von Migrantinnen und Migranten zu erheben (Wie bezeichnen und beschreiben sie selbst ihr Problem?), körperbezogene Metaphern und Chiffren zu kennen bzw. zu entschlüsseln („Mein Herz ist gebrochen“), mechanische

Körper- und Krankheitsbilder zu übersetzen („Mir ist der Nabel verrutscht“) sowie traditionell-magische Vorstellungen (wie bspw. den „bösen Blick“) und normativ-religiöse Konzepte (z.B. Speisevorschriften) zu kennen. Erschwert wird die Anamnese und das gegenseitige Verständnis weiterhin dadurch, dass soziale oder innerpsychische Konflikte oft durch somatisierte Schmerzüßerungen zum Ausdruck gebracht werden. Auf der anderen Seite wurde anhand konkreter Beispiele aufgezeigt, dass auch mangelnde Schmerzexpression zu Fehldiagnosen und Behandlungsfehlern führen kann.

Im Laufe des Workshops wurde die Verwendung rein herkunftsbezogener Kulturbegriffe problematisiert und durch milieubezogene, generationsbezogene und auch institutionelle Profilmuster erweitert. Zudem wurde auch an verschiedenen Beispielen die Tendenz zur Überkulturalisierung und Stereotypisierung in interkulturellen Behandlungssituationen problematisiert (z.B. die diffamierende Pseudo-Diagnose „Morbus Bosporus“ bei türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten, die unter diffusen Schmerzen leiden). Für den kultursensiblen Umgang mit dem Thema Schmerz sei es daher zunächst wichtig, davon auszugehen, dass das Schmerz-erleben subjektiv ist. Dies käme auch in der Definition von Schmerz gemäß der International Association for the Study of Pain zum Ausdruck. Schmerz sei ein „unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“ Sich mit dem eigenen subjektiv wie kulturell geprägtem Schmerzverständnis auseinanderzusetzen und fremde Schmerz-Reaktionsmuster anzunehmen, seien Voraussetzungen für einen interkulturell kompetenten Umgang mit Schmerzpatientinnen und -patienten. Diese interkulturelle Kompetenz bedeute nicht, alle kulturellen Unterschiede verstehen zu können, sondern eine grundlegende Bereitschaft zu haben, sich selbst zu reflektieren und sich gleichzeitig auf das vermeintlich „Andere“ einzulassen.

In der letzten Arbeitseinheit wurden einzelne Fälle aus der Praxis der Teilnehmenden diskutiert. Dabei entstand ein reger Austausch zwischen den unterschiedlichsten Professionen u.a. zur Einbindung von Gesundheitslotsen, zu akuten Krisensituationen mit interkulturellen Missverständnissen im Rettungsdienst (z.B. das Ausziehen der Schuhe vor der Wohnung), zur Möglichkeit der Einbindung von Mediatoren und Imamen und zu finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten für kultursensible Gesundheitsleistungen.

## Scham und Intimität aus muslimischer Sicht

Der erste Workshoptag wurde durch den Vortrag des Internisten und Palliativmediziners Dr. med. Zouhair S. Al-Halabi abgerundet. Al-Halabi, gebürtiger Syrer, begann seinen Vortrag mit der Frage, was Schmerz mit Scham zu tun habe. Es ginge, so seine tastende Antwort, bei beiden Phänomenen um Körpergrenzen. Die Verletzung, die durch Grenzüberschreitung entstehe sei der Nexus zwischen seelischem und körperlichem Schmerz.

Schamgefühl sei den Menschen angeboren (Fitra) und zählt zu den guten Eigenschaften des Menschen, Schamlosigkeit zu den schlechten. Gleichzeitig sei ein ausgeprägtes Schamgefühl aus muslimischer Sicht ein Ausdruck des Glaubens und wird dadurch zu einer moralischen Kategorie. So definiert der Gelehrte Rāgib al-Iṣfahānī (gest. 1109) das Konzept „Scham“ als „Abscheu und Fernbleiben der Seele von den schlechten Taten“, wodurch Scham nicht nur ein Gefühl beschreibt („Abscheu“), sondern eine stärkere Handlungskomponente („Fernbleiben“) gewinnt. Das Schamgefühl reguliert nicht nur das Verhalten im sozialen Raum, sondern auch im privaten: die im öffentlichen Bereich als tadelhaft angesehenen Handlungen sind nach Gelehrtenmeinung auch im Geheimen als verboten zu betrachten. Dabei bezieht sich das Schamgefühl nicht nur auf Körperscham, sondern auf alle Aspekte des Lebens. Einen Hinweis auf diese umfassende und vitale Bedeutung der Scham im islamischen Glauben liefert der Umstand, dass sich das Wort „Scham“ vom arabischen Wort „Leben“ (ḫayā) ableiten lässt. Islamische Quellen, so Al-Halabi mit Rekurs auf ein Werk des mittelalterlichen Autors al-Mawardi, der eine komplexe Abhandlung zum Thema Scham verfasst hat, sprechen von drei Arten von Scham: Scham ist entweder auf Gott, auf die Mitmenschen oder auf sich selbst bezogen.

Zugleich betonte al-Halabi, dass diese Scham-Konzepte zwar einerseits mit religiöser Normativität zu tun hätten, gleichzeitig aber kulturhistorisch bedingt seien und individuell unterschiedlich gelebt werden. Häufig zeige sich, dass Muslime trotz religiöser

Gemeinsamkeiten sehr unterschiedliche Auffassungen von Scham besäßen, die von der Kultur ihrer Ursprungsländer und ihrer Sozialisation abhängig seien. Die Praxis der Bekleidung zum Beispiel stünde in unmittelbarem Zusammenhang mit kulturellen, nicht per se mit religiösen Traditionen. So berichtete al-Halabi von einem Studienaufenthalt in England, wo er von einem englischen Chirurgen hörte, dass er eine Frau nicht alleine untersuchen sollte – einige Jahre später in Deutschland war das nicht mehr der Fall. Damit illustrierte er die kulturelle und historische Veränderung von Schamkonzepten.

Unter Berücksichtigung dieser Spannung zwischen allgemeinen religiösen Normen und kulturspezifischen Unterschieden versuchte al-Halabi abschließend die Rolle von Schamgefühlen bei der ärztlichen und pflegerischen Behandlung muslimischer Patientinnen und Patienten zu beschreiben und einige Grundregeln zu formulieren. Das Händeschütteln zwischen Männern und Frauen sei eine häufige Quelle von Konflikten, da derartige Körperkontakte oft schambelastet seien. Die Verweigerung des Händeschüttelns sei daher in der Regel kein Ausdruck von mangelndem Respekt, sondern eher ein „Fernbleiben“ aus religiösem Gefühl. Als Prinzipien im Umgang mit Schamgrenzen hielt al-Halabi weiterhin fest, dass, wenn möglich, gläubige muslimische Patientinnen oder Patienten gleichgeschlechtlich untersucht werden sollten, dabei aber in Notfällen Ausnahmen gemacht werden müssten. Die körperliche Untersuchung, insbesondere im Intimbereich sollte in Anwesenheit einer dritten Person vorgenommen werden. Das Entblößen des Körpers sollte auf ein notwendiges Minimum reduziert werden. In der anschließenden Diskussion wurde immer wieder betont, welche bedeutende Rolle Kommunikation und

gegenseitige Erklärung in der Vermeidung interkulturell geprägter Konfliktsituationen spielen würden und wie wichtig dies in der medizinischen bzw. pflegerischen Praxis sei.

Ein weiteres Feld der interkulturellen Verschiedenheit sei das Thema „Datenschutz“: In der deutschen Kultur habe Datenschutz eine große Bedeutung. Tendenziell sei bei muslimischen Patientinnen und Patienten der Körper mit einem ähnlichen Ausmaß an Diskretion assoziiert. Aufgrund der sozialen Struktur von Familienverbänden, welche in islamischen Kulturen weit verbreitet ist, gebe es divergierende Begriffe von Informationspflicht bzw. Einbindung von Angehörigen. Oft sei es für Ärzte schwierig, mit dem Prinzip des Datenschutzes umzugehen, da es für viele muslimische Patientinnen und Patienten selbstverständlich sei, dass ihre Familien über die gesundheitliche Situation informiert werden und umgekehrt oft den Patienten selbst von Familienangehörigen bestimmte Diagnosen vorenthalten werden. Dies sei aber ein kulturelles, nicht per se religiöses Phänomen.

### Kulturelle Vielfalt in der Altersmedizin

Im Vortrag „Kulturelle Vielfalt in der Altersmedizin“ sprach der Mediziner und Psychotherapeut Prof. Dr. Hans Georg Nehen über den rasanten Anstieg der Alterspyramide in den letzten Jahrzehnten und die damit verbundene Notwendigkeit einer sinnvoll gestalteten Altersmedizin. Kulturell sensibles medizinisches Handeln müsse hier mit dem Verständnis kollektiver psychologischer Erfahrungsmuster einhergehen. Gefühle von Hilfslosigkeit und Ausgeliefertsein prägten sehr oft Generationen, die selbst noch den Weltkrieg und das damit verbundene Elend erlebt haben. Oft prallten selbst innerhalb der westlichen Kultur durch das Zusammenkommen verschiedener Generationen unterschiedliche Welten aufeinander, die auch im Gesundheitssystem berücksichtigt und verstanden werden müssten. Der Referent machte anhand zahlreicher Beispiele deutlich, dass interkulturelle Sensibilität im Gesundheitswesen nicht nur im Umgang mit Migrantinnen und Migranten, sondern auch bezüglich der zwischen unterschiedlichen Generationen divergierenden Erfahrungswelten und Lebensperspektiven notwendig sei.

Mit Bezug auf das Werk des Sozialphilosophen Axel Honneth (1994) machte der Referent deutlich, wie wichtig Erfahrungen von Liebe, Recht und Wertschätzung für die Entwicklung einer gesunden Selbstbeziehung seien. Eben diese Selbstbeziehung sei jedoch bei vielen Menschen der Kriegsgenerationen gestört. Erfahrungen von Trennungen und Verlust von wichtigen Bezugspersonen, Vertreibung, Armut, Hunger, Gewalt sowie Verlust von Sicherheit und Geborgenheit haben sich nicht selten zu einer psychischen Traumatisierung verdichtet, wobei Nehen mit Fischer und Riedesser (2009, S. 395) ein psychisches Trauma als „vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ versteht, „das mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Die Traumatisierung könne zu Persönlichkeitsveränderungen führen (z.B. das Gefühl, im eigenen Körper nicht zu Hause zu sein) und durch unterschiedliche Trigger (z.B. eine beginnende Demenz) reaktiviert

werden. Menschen der Kriegsgenerationen hätten aufgrund „anderer“ (häufig traumatischer) Sozialisations- und Welterfahrungen auch „andere“ Körpergrenzen ausgebildet, die in der Pflegesituation zu Missverständnissen, Irritationen oder Konflikten führen können (z.B. können ich-syntone Verhaltensweisen zu mangelnder Selbstfürsorge und Einsicht führen). Abschließend appellierte Nehen an die Teilnehmenden, hinter das „äußere“ Verhalten des/der Patienten/Patientin zu blicken und die eigene Reaktion selbstreflexiv zu überprüfen.

## Erfahrungen aus der Migrantenmedizin

Im zweiten Teil seines Workshops stellte Prof. Dr. Hans Georg Nehen seine ehrenamtliche Arbeit am Petershof vor, dem sozialpastoralen Zentrum in Duisburg-Marxloh, die er seit dem 18. Januar 2017 in der Malteser Migranten Medizin in der Duisburger Innenstadt fortführt. Das Team der Malteser Migranten Medizin besteht aus sechs Ärztinnen und Ärzten sowie zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und bietet Menschen ohne Krankenversicherung Erstuntersuchungen und medizinische Notfallversorgung an. Die Patientinnen und Patienten stammen häufig aus dem osteuropäischen oder türkisch-arabischen Kulturraum, sind überwiegend jung (die Gruppe der 2-18-Jährigen dominiert) und der deutschen Sprache häufig nicht mächtig, weshalb die Kommunikation durch Dolmetscher/innen sichergestellt werden muss. Eine weitere Herausforderung stelle, so

*„Interkulturelle Öffnung ist eine strukturelle Aufgabe von Krankenhausunternehmen.“*

Nehen, die geringe Gesundheitskompetenz (health literacy) der Klientel dar. Eine Studie stellte fest, dass die Gesundheitskompetenz in einer deutschen Bevölkerungsstichprobe in mehr als der Hälfte der Fälle nicht ausreichend sei (vgl. Schaeffer et al. 2017), wobei niedriger Sozialstatus, Migrationshintergrund, geringe funktionale Literalität und Alter entscheidende Risikofaktoren für mangelhafte Gesundheitskompetenz seien.

Nehen berichtet, dass häufig erst spät oder gar nicht über das eigentliche (gesundheitliche) Problem gesprochen wird. Zunächst werden eher leichte körperliche Beschwerden genannt (z.B. Fußschmerzen). Dies beschreibt Nehen als eine „Testsituation“: der Patient erkundet, wie der Arzt reagiert und ob ihm mehr anvertraut werden kann. Sukzessive erhält der Arzt dann weitere und tiefergehende Informationen, die dem Kernproblem (z.B. Kriegstraumata) näher kommen. Von bohrenden oder zu direkten Fragen rät Nehen eher ab. Patientinnen und Patienten sollten nicht unter Druck gesetzt werden oder das Gefühl bekommen, dass sie in eine bestimmte Richtung gedrängt werden. Auch und gerade bei der Beratung in Situationen, in denen eigene und fremde Werte aufeinanderprallen, gelte es, die Sicht des anderen zu akzeptieren und immer eine Tür offen zu lassen, durch die das Gegenüber ehrenvoll die Situation wieder verlassen kann. Dies gelte z.B. auch in Fällen, in denen ein 13-jähriges Mädchen schwanger werden möchte, um sozial in ihrer Gemeinschaft akzeptiert zu werden. Vertrauensbildung und ein behutsamer Umgang seien, so Nehen, von zentraler Bedeutung im Kontext der Migrantenmedizin. Dabei bräuchten die professionellen Helferinnen und Helfer nicht alles über die fremden Kulturen und Religionen zu wissen. Auch durch reichhaltiges Kulturwissen könnten

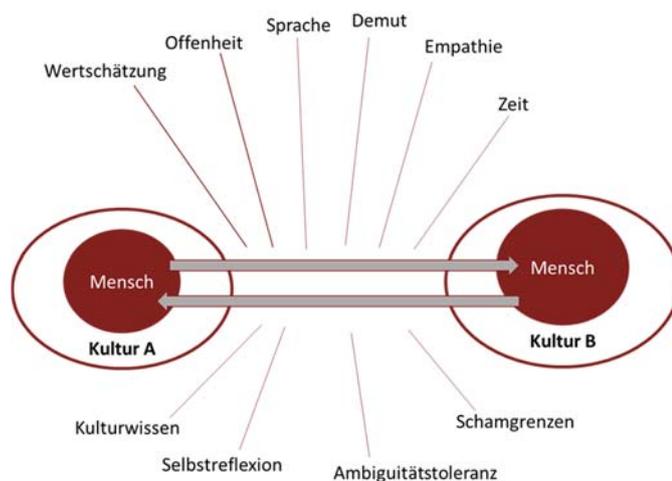
Fehler und Missverständnisse nicht vermieden werden. Vielmehr komme es auf eine innere Haltung an: wenn das Gegenüber Liebe, Respekt, Wertschätzung, Offenheit und authentische Hilfsbereitschaft wahrnimmt, sei die entscheidende Basis für eine Zusammenarbeit bereits gelegt.

### Mit und ohne Kulturbrille – ein Fazit

In der Abschlussdiskussion fasste Florian Jeserich dominante Stränge der Veranstaltung zusammen. Der Praxis-Workshop hätte gezeigt, dass Körpergrenzen sowohl individuell empfunden und definiert werden würden, als auch soziokulturell und religiös normiert seien. Beim Umgang mit Menschen, die „andere“ Körperkonzepte und -wahrnehmungen haben, brauche es daher eine besondere kulturelle Sensibilität und Aufmerksamkeit. Jedoch sei gleichzeitig davor zu warnen, Konflikte und Missverständnisse ausschließlich durch eine „Kulturbrille“ zu betrachten, die den Blick auf das Individuell-Menschliche verstelle.

Im Extremfall könne dies zu stigmatisierenden Pauschalurteilen führen wie dies bspw. in der Pseudo-Diagnose „Morbus Bosporus“ zum Ausdruck komme. Eine kultursensible Versorgung gelinge dann, wenn kulturelles Wissen mit einer inneren Haltung der Offenheit und Wertschätzung verbunden werde. Denn letztlich stehe stets die Begegnung zweier Menschen im Fokus. Es gehe also darum, das Gegenüber wahrzunehmen und ernst zu nehmen, als Einzelperson und als Kulturträger. Dabei könne die Unterschätzung kultureller Faktoren genauso problematisch sein wie deren verzerrende Überbetonung. Abschließend entwickelte Florian Jeserich zusammen mit den Teilnehmenden folgendes Flipchart-Bild:

„Interkulturelle Verständigung muss auf Führungsebene gestaltet werden und darf nicht auf die Schultern einiger weniger MitarbeiterInnen verlagert werden“.



## Literatur

- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: UTB.
- Honneth, A. (1994). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M., Messer, M., Quenzel, G., & Hurrelmann, K. (2017). Health literacy in Deutschland. In: Schaeffer, D., & Pelikan, J. M., *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, S. 129-144.

## Autorenkontakt

Florian Jeserich M.A.  
Katholische Akademie DIE WOLFSBURG  
Falkenweg 6  
45478 Mülheim an der Ruhr  
Telefon: 0208/999 19 – 102  
E-Mail: [florian.jeserich@bistum-essen.de](mailto:florian.jeserich@bistum-essen.de)

## Zitationsvorschlag

Jeserich, Florian & Martin Kellner 2018. Körpergrenzen im Spiegel interkultureller Ethik – Ein Workshopbericht. *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 1: 41-48.