

LEBENSWISSENSCHAFTEN IM DIALOG



Das Erscheinungsbild und das öffentliche Ansehen der Medizin sind im Wandel begriffen. Wir erleben in Europa und den USA seit geraumer Zeit, dass der Siegeszug der Apparatedizin von einem massiven Unbehagen begleitet wird. Die technischen Möglichkeiten der Diagnose und Behandlung haben mittlerweile einen Grad erreicht, der zum Teil beunruhigende ethische Probleme aufwirft. In der Bevölkerung wächst zudem die Unzufriedenheit mit der Schulmedizin, die vermehrt als bürokratisch, unpersönlich, ja unmenschlich empfunden wird. Im gleichen Maße steigen die Nachfrage nach alternativen Heilmethoden sowie medizinischen Angeboten, die in der Vormoderne und in außereuropäischen Kulturen ihren Ursprung haben.

Diese Entwicklungen nimmt der vorliegende Band zum Anlass, um in den Medizinkonzepten unterschiedlicher Kulturen (China, Indien, Europa) und verschiedener Epochen (von der Antike bis in die Gegenwart von Psychotherapie, Neuroenhancement und Genmedizin) die anthropologisch-medizinischen Grundannahmen freizulegen und zu diskutieren.

Die für dieses Buch gewonnenen Medizinhistoriker, Medizinethiker und Philosophen analysieren jeweils die Beziehung von Mensch und Medizin entlang dreier Themenfelder, die für die medizinische Theorie und Praxis von substantieller Bedeutung sind: Welche Auffassung von Gesundheit und Krankheit liegt den medikalen Konzepten zugrunde? Wie gestaltet sich das Verhältnis von Körper und Seele? Und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Arzt-Patienten-Beziehung?

Die Antworten und Denkanstöße, die dieses Buch enthält, sind ebenso aufschlussreich für den vielbeschworenen mündigen Patienten, wie für den Medizinstudierenden und den handelnden Arzt.

Die Herausgeber:

Dirk Stederoth ist Lehrkraft für besondere Aufgaben am Institut für Philosophie der Universität Kassel und kümmert sich u. a. um die Regeneration klassischer philosophischer Ansätze in aktuellen theoretischen Problemzonen.

Timo Hoyer ist apl. Professor für Erziehungswissenschaft an der Universität Kassel, Akademischer Rat an der Pädagogischen Hochschule Karlsruhe und der Biograph des Psychoanalytikers und Psychosomatikers Alexander Mitscherlich.

Dirk Stederoth / Timo Hoyer (Hg.)

Der Mensch in der Medizin

Lebenswissenschaften im Dialog

Herausgegeben von
Kristian Köchy
und Stefan Majetschak

Band 13

Dirk Stederoth / Timo Hoyer (Hg.)

Der Mensch in der Medizin

Kulturen und Konzepte

Verlag Karl Alber Freiburg/München

Originalausgabe

© VERLAG KARL ALBER
in der Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2011
Alle Rechte vorbehalten
www.verlag-alber.de

Satz: Frank Hermenau, Kassel
Einbandgestaltung: Ines Franckenberg Kommunikations-Design,
Hamburg
Druck und Bindung: Difo-Druck, Bamberg

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier (säurefrei)
Printed on acid-free paper
Printed in Germany

ISBN 978-3-495-48496-8

Inhalt

Einleitung	9
------------------	---

1. Heilkunden alter Kulturen

<i>Walter Bruchhausen</i> „Traditionelle Medizin“ in Afrika. Kranke und Heiler als Objekt böser und guter Absichten	15
---	----

<i>Matthias Bauer</i> Chinesische Medizin zwischen Tradition und Wissenschaft	29
--	----

<i>Ananda Samir Chopra</i> Körper, Geist und Selbst – Bemerkungen zum Menschenbild des Āyurveda	49
---	----

<i>Gottfried Heinemann</i> Hippokratische Medizin und menschliche Natur	63
--	----

2. Entwicklungen der Neuzeit

<i>Anne Eusterschulte</i> Alchimia Medica. Zur Theorie des Lebendigen in der Paracelsischen Medizintheorie	81
--	----

<i>Heinz Schott</i> Magnetisches Fluidum: Heilkraft der Natur à la Mesmer	103
--	-----

<i>Robert Jütte</i> Homöopathie – eine alt-neue Heilkunst	125
--	-----

<i>Kristian Köchy</i> Der Mensch im Kontext von Geburt und Tod. Die Medizinkonzepte von Carl Gustav Carus und Rudolf Virchow	137
 3. Perspektiven in und aus der Gegenwart	
<i>Heiner Fangerau, Michael Martin</i> Kontrolle des Lebendigen: Medizin und Menschenmaschinen	161
<i>Marianne Leuzinger-Bohleber</i> Psychoanalyse und die Ambivalenz des medizinisch-technischen Fortschritts. Diskutiert am Beispiel der Pränataldiagnostik	183
<i>Timo Hoyer</i> Psychosomatische Medizin in sozialer Verantwortung – Alexander Mitscherlich im Kontext	203
<i>Wolfgang Eirund</i> Zwischen Freiheit und Notwendigkeit. Auswirkungen neurowissenschaftlichen Denkens auf das psychosomatische Menschenbild und die Arzt-Patienten-Beziehung	223
<i>Christoph Rehmann-Sutter</i> Nur Träume der genetischen Medizin?	249
<i>Roland Kipke</i> Medizinisch-anthropologische Aspekte des Neuro-Enhancements	269
<i>Dirk Stederoth</i> Der Leib der Medizin. Ansätze zu einer integralen medizinischen Anthropologie	287
 Autorenhinweise	 303

Einleitung

Das Erscheinungsbild und das öffentliche Ansehen der Medizin sind im ständigen Wandel begriffen. Seit geraumer Zeit erleben wir in Europa und den USA, dass der Siegeszug der Apparatedizin von einem massiven Unbehagen begleitet wird. Die technischen Möglichkeiten der Diagnose und Behandlung haben mittlerweile einen Grad erreicht, der beunruhigende ethische Probleme aufwirft. In der Bevölkerung wächst zudem die Unzufriedenheit mit der Schulmedizin, die als bürokratisch, unpersönlich, ja unmenschlich empfunden wird. Im gleichen Maße steigen die Nachfrage nach alternativen Heilmethoden sowie medizinischen Angeboten, die in der Vormoderne und in außereuropäischen Kulturen ihren Ursprung haben.

Die Reaktionen der Schulmedizin auf diese Entwicklungen sind vielfältig. Viele praktizierende Ärzte sind bereit, alternative Heilmethoden in ihre Behandlungspraxis aufzunehmen. Währenddessen versucht die schulmedizinische Forschung zu belegen, dass es sich bei den Heilerfolgen der vermeintlich unwissenschaftlichen alternativen Methoden um Placeboeffekte handelt. Dass die Alternativmedizin ihrerseits mit Gegenstudien auf diesen schulmedizinischen Vorstoß reagiert, ist wenig verwunderlich. Allerdings stellt sich hierbei die Frage, ob (natur-)wissenschaftliche Experimentalmethoden, die einer bestimmten Denktradition und Medizinkultur angehören, überhaupt geeignet sind, um das Paradigma alternativer Heilsysteme angemessen beurteilen zu können.

Es wäre unangebracht, diese Situation vorschnell als einen „clash of medical cultures“ zu bezeichnen, gleichwohl stehen Patienten und praktizierende Ärzte gleichermaßen angesichts solcher Auseinandersetzungen in einem Spannungsfeld, das für erhebliche Verunsicherung sorgt. Der pragmatische Eklektizismus, der sich unterdessen bei Ärzten und Patienten als gängige Umgangsweise mit dieser Situation zeigt, insofern Heilmethoden unterschiedlichster Herkunft im trail-and-error-Verfahren miteinander kombiniert und ergänzt werden, trägt nicht nur die Früchte einer medizinischen Vielfalt, die in der Tendenz

auf eine „Multi-Kulti-Medizin“ voranschreitet. Etwas karikierend kann dies folgendes Arzt-Patienten-Gespräch illustrieren: „So, die Schmerz-spritze von gestern hat Ihnen also nicht geholfen. Dann machen wir heute mal eine Akupunkturbehandlung und ich schreibe Ihnen noch ein paar homöopathische Kügelchen gegen die Schmerzen auf. Sie halten bitte zu Hause alles schön warm, machen regelmäßig einen heißen Kräuterwickel und Ihre Magnetfeldtherapie können Sie als Unterstützung ruhig fortsetzen. So wird es Ihnen sicher bald besser gehen.“ Im Ernst: Zwar ist die Aufweichung erstarrter medizinischer Behandlungsmethoden begrüßenswert, doch scheint es fragwürdig, ob sich die unterschiedlichen Konzepte tatsächlich mühelos miteinander kombinieren lassen.

Ein erster Blick auf die vielfältigen Konzepte, die von den medizinischen Traditionen hervorgebracht wurden, erweckt den Eindruck, dass die Frage nach ihrer Vereinbarkeit eine negative Antwort fordert. Einmal scheinen einige Medizinkonzepte aufgrund der schon angedeuteten Unterschiede im Wissenschaftsverständnis zu divergieren, das zur Legitimation des medizinischen Vorgehens herangezogen wird, denn längst nicht alle Medizinkulturen folgen den Wissenschaftskriterien der westlichen Welt. Große Differenzen bestehen ferner im Bereich der Arzt-Patienten-Beziehung. Viele alternative Heilkonzepte sind an eine emotional und zeitlich intensive Bindung zwischen Arzt und Patient geknüpft, die eine weit eingehendere Anamnese voraussetzt, als es in schulmedizinisch geprägten Krankenkassensätzen vorgesehen ist. Eine sich pragmatisch den Vorschriften und Regularien beugende Verkürzung der Anamnese rüttelt allerdings an Kernbeständen und Behandlungsprämissen alternativer Heilmethoden, weshalb so manche Vergleichsstudie an ungleichen Ausgangsbedingungen (z. B. Anamnesezeiten) krankt. Für eine erfolgreiche schulmedizinische Behandlung bedarf es beispielsweise aufwendiger und kostspieliger Apparaturen, während die wichtigste erfolgsversprechende Größe vieler alternativer Heilmethoden der Faktor Zeit ist, der ihnen jedoch meistens nicht im benötigten Umfang gewährt wird.

Ein weiterer Komplex möglicher Inkompatibilitäten zwischen den Medizinkulturen lässt sich an den Kategorien „gesund/krank“ oder „normal/pathologisch“ festmachen, insofern sich mitunter erhebliche Unterschiede darin erkennen lassen, nach welchen Maßstäben ein Mensch als krank bzw. gesund beurteilt wird und sich selbst beurteilt. Während im Rahmen des schulmedizinischen Paradigmas die Messung physiologischer Funktionen und ihr Abgleich mit statistisch er-

hohen Normalwerten als Standardverfahren zur Bestimmung von Krankheit herausgebildet wurde, warten viele alternative Heilmethoden mit multifaktoriellen Krankheitsbegriffen auf, die beispielsweise psychische und soziale Faktoren gleichberechtigt einbeziehen. Entsprechend sind auch die Therapieansätze in alternativen Heilkonzepten weniger auf physiologische Funktionen allein zugespißt, sondern fordern zudem Änderungen in psychischen und sozialen Problemzonen, die nicht selten langfristiger Natur sind.

Schließlich drängt sich noch ein dritter Bereich auf, in dem die Vereinbarkeit der unterschiedlichen medizinischen Konzepte fragwürdig ist: der Mensch in seiner leib-seelischen Verfasstheit. In der gegenwärtigen Arztpraxis kursieren Leib-Seelenkonzepte unterschiedlicher Art, ohne dass dies den Protagonisten immer voll bewusst wäre. So ist beispielsweise die in der europäischen Tradition spätestens mit Descartes zum Dreh- und Angelpunkt gewordene Trennung von Psyche und Soma ein Konzept, das anderen (Medizin-)Kulturen von Grund auf fremd ist, wobei diese eigene Konzepte von Leiblichkeit und körperlichen bzw. psychischen Funktionen entwickelt haben, die sich mit den Begriffen der europäischen Tradition nur schwer beschreiben und noch schwerer verstehen lassen. Es bleibt somit die Frage im Raum, welche anthropologischen Prämissen der Arzt in einer „Multi-Kulti-Behandlung“ anlegt, vorausgesetzt, dass er sich überhaupt auf eine theoretische Klärung seines anthropologischen Verständnisses einlässt.

Um die konzeptionelle Vielfalt der gegenwärtigen Medizin näher in den Blick zu nehmen, haben die Herausgeber zusammen mit Dr. med. Marion Hulverscheidt (Charité, Berlin) im Juni 2010 an der Universität Kassel eine zweitägige Tagung veranstaltet, aus der die meisten der nachfolgenden Beiträge hervorgegangen sind. An der Tagung nahmen Medizinhistoriker, Medizinethiker, Psychoanalytiker, Philosophen und Sozialwissenschaftler teil. Die für den vorliegenden Band überarbeiteten und ergänzend hinzugewonnenen Beiträge beleuchten Medizinkonzepte und deren anthropologische Grundannahmen unterschiedlicher Kulturen (China, Indien, Europa) und verschiedener Epochen (von der Antike über die Neuzeit bis in die Gegenwart). Die Analysen der Beziehung von Mensch und Medizin geschehen in allen Aufsätzen mal mehr und mal weniger explizit entlang jener drei Themenfelder, die für die medizinische Theorie und Praxis von substantieller Bedeutung sind: Welche Auffassung von Gesundheit und Krankheit liegt den medikalen Konzepten zugrunde? Wie gestaltet sich das Verhältnis von Körper und

Seele? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Arzt-Patienten-Beziehung?

Der herzliche Dank der Herausgeber gilt allen am Zustandekommen dieses Buches Beteiligten.

Dirk Stederoth und Timo Hoyer

Kassel und Karlsruhe, im Juni 2011

1. Heilkunden alter Kulturen

Walter Bruchhausen

„Traditionelle Medizin“ in Afrika

Kranke und Heiler als Objekt böser und guter Absichten

Was europäische Forscher, vor allem Ärzte und Ethnologen, während der Kolonialzeit in Afrikas einheimischer Heilkunde suchten, waren – insgesamt recht eigennützig – zunächst in therapeutischer Absicht Heilmittel, die Europas Arzneirepertoire erweitern konnten, sodann aus ethnologisch-urgeschichtlichem („anthropologischem“) Interesse Reste („survivals“) einer vermeintlichen Urmedizin und schließlich für die kolonialpolitische Praxis Erklärungen für auftretende Probleme: Warum Afrikaner europäische Medizin und Herrschaft ablehnten oder wie es unter ihnen zu vermeidbaren Todesfällen durch Gifte und Hexenverfolgungen kam.

Was aber Europäer bis heute dort finden können, sind – neben allenfalls einzelnen auch auf dem Weltmarkt erfolgreichen pflanzlichen Substanzen – vor allem Einsichten, wie und warum es für die Krankenversorgung nicht reicht, sich auf den naturwissenschaftlich determinierten Körper zu konzentrieren, auf Arztpraxis und Krankenhaus, auf Medikament, operativen Eingriff und Individuum. Sie können lernen, wie flexibel angeblich traditionalistische Gesellschaften oft auf neue Gesundheitsgefahren und medizinische Möglichkeiten reagieren. Denn die so genannte „traditionelle Medizin“ ist unter der Expansion staatlicher oder kirchlicher Gesundheitseinrichtungen und der naturwissenschaftlichen Schulbildung keineswegs spurlos verschwunden, wie viele Entwicklungsplaner erwartet hatten. Sie hat vielmehr auch unter diesen Bedingungen breiter und weiter zunehmender Nutzung „moderner“ Gesundheitseinrichtungen ihre vielfältig gewandelte Rolle gefunden, ja scheint in den letzten Jahrzehnten wieder stärker geworden zu sein. Offenbar befriedigt sie besser oder sogar allein bestimmte Bedürfnisse der Schadensverhütung und Bewältigung von Krankheitsfällen, für die Krankenhaus, Gesundheitsstation und Apotheke in der einheimischen Sicht keine Kompetenz haben.

Diese (kultur- und sozial-)anthropologischen Aspekte von afrikanischem Umgang mit Krankheit sollen, teilweise ausgehend von konkreten Fallbeispielen aus meiner ärztlichen und forschenden Arbeit im

östlichen Afrika,¹ als zentrale Strukturmerkmale herausgearbeitet werden. Dabei werden bewusst auch Interviews als Ausgangspunkt genommen, um deutlich zu machen, dass es sich nicht um einen verschriftlichten und systematisierten gesellschaftlichen Diskurs, sondern um vor allem in alltäglichen Praktiken des Tuns und Redens vorliegende Vorstellungen handelt, die der ethnologische Blick zu rekonstruieren sucht. Es sollen so Gemeinsamkeiten wie auch Differenzen zu aktueller europäischer Praxis deutlich werden. Im Umgang mit dem Anderen oder Fremden sind die Gefahren sowohl völliger Angleichung im Sinne einer universalistischen Homogenisierung der Menschheit als auch weitgehender Exotisierung mit entweder dem Reiz des Aufregenden oder aber abwertender Arroganz zu vermeiden. Ob ein solcher Balanceakt gelingt, hängt nicht nur von der Darstellungsweise ab, sondern auch von Erwartungen auf Leserseite, die es jeweils in die eine oder in die andere Richtung herauszufordern gilt. Genau diese Erwartungen sind aber z. B. zwischen Geisteswissenschaftlern und Medizinern erfahrungsgemäß häufig sehr unterschiedlich bis sogar gegensätzlich. Was man bei afrikanischer Heilkunde als fremd oder vertraut, abstoßend oder anziehend, unerklärlich oder nachvollziehbar ansieht, liegt zudem am – sich häufig wandelnden – allgemeinen Vorverständnis. Für die Europäer erscheinen im 19. Jahrhundert Heilpflanzen normal, Mitte des 20. Jahrhunderts eher rückständig und heute oft in neuer Weise attraktiv. Ebenso konnte der Kontakt zu Geistern als heidnisch abgelehnt, als Illusion und unwissenschaftlich belächelt oder in den letzten Jahren als spirituelle Erfahrung von nicht Wenigen geschätzt werden.

Vielfach verhüllt oder entlarvt das Befremden auch eigene Ambivalenzen. So lässt der sichtliche Unterschied zwischen der heutigen Apotheke und den Medizinläden in Südafrika mit ihren ausgestellten Körperteilen verschiedener Tierarten allzu leicht Gemeinsamkeiten übersehen. Denn das Verwenden von Heilmitteln aus dem Tierreich stößt heute im Gegensatz zur Pflanzenheilkunde nicht selten auf Abscheu, obwohl doch sogar die kaum einhundert Jahre lange Geschichte der Hormontherapie zu einem großen Teil auf Substanzen aus tierischen Schild-, Bauchspeichel- und Keimdrüsen beruht oder eingeseetzte Herzklappen ebenso wie perfundierte Lebern von Tieren stamm-

1 Umfassend dargelegt in meiner Habilitationsschrift, erschienen als: *Medizin zwischen den Welten. Vergangenheit und Gegenwart des medizinischen Pluralismus im südöstlichen Tansania*, Göttingen, Bonn 2006.

ten.² Und wenn wir erschüttert in der Sensationspresse von den Morde-
den zur Gewinnung von Körpersubstanzen für Medizinen hören und
lesen,³ vergessen wir zumeist, welche emotionalen und intellektuellen
Widerstände gegen Organtransplantation und Hirntodkonzept auch in
Industrienationen vier Jahrzehnte nach deren Einführung bestehen.⁴

Aufgrund der genannten hermeneutischen Schwierigkeiten der An-
näherung an das Fremde möchte ich im Folgenden meinen Beitrag mit
seinen vier Punkten bewusst durch Antithesen zu gängigen europäi-
schen Denkweisen und Vorannahmen strukturieren:

Gegenüber der Annahme von abgeschlossenen, traditionalistischen
Medizinsystemen werde ich die Dynamik afrikanischen Umgangs mit
Krankheit aufzeigen.

Gegen die starke europäische Dichotomie in entweder gut oder
böse/schlecht betone ich die afrikanische Ambivalenz, die sich auch in
der Funktion von Krankheit und der Bewertung von Geistern nie-
derschlägt.

Gegenüber europäischer Sehnsucht nach Ganzheitlichkeit (in spi-
rituell orientierten Milieus) und Versuchung zur Machbarkeit (im na-
turwissenschaftlich-technisch dominierten Bereich) verweise ich auf
die eher afrikanischen Sichtweisen von Heilung als Befreiung und
Heilkraft als Geschenk.

Gegenüber der individualistischen und biologischen Perspektive
europäischer Medizin hebe ich die Sichtweise von Krankheit als Er-
gebnis sozialer Spannungen hervor, wie sie sich in Afrika häufig im
Idiom der Hexerei ausdrückt.

Mit diesen pointierten Gegenüberstellungen soll keineswegs ge-
leugnet werden, dass es die hier Afrika zugeschriebenen Tendenzen
nicht auch in Europa gibt, vielleicht sogar in ausgeprägter Weise. Aber
sie stellen doch Charakteristika dar, die das afrikanischer Heilkunde
zugrunde liegende Menschenbild konturieren.

2 T. Schlich, *Die Erfindung der Organtransplantation: Erfolg und Scheitern des chi-
rurgischen Organersatzes (1880-1930)*, Frankfurt a. M. 1998.

3 O. Becker, „Muti Morde‘ in Afrika: Töten für okkulte Medizin“, in: B. Schmidt,
Rolf Schulte (Hrsg.), *Witchcraft in Modern Africa. Witches, Witch-Hunts and
Magical Imaginaries*, Hamburg 2007, S. 187-212.

4 V. Kalitzkus, *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine
medizinethnologische Studie*, Frankfurt a. M. 2003; Ch. Steineck, „Ist der Hirntod
ein kulturübergreifendes Todeskriterium?“, in: N. Biller-Andorno, P. Schaber, A.
Schulz-Baldes (Hrsg.), *Gibt es eine universale Bioethik?*, Paderborn 2008, S. 119-134.

1. Die Dynamik und Offenheit afrikanischer Heilkunde

Dass ein dermaßen großes Gebiet wie das subsaharische Afrika, das zudem durch natürliche Hindernisse wie Wüsten, Gebirge und Urwälder Menschengruppen von einander trennte und das nicht von einer Schriftradition oder einem großen zentralistischen Reich geprägt wurde, keine einheitliche Medizin entwickelt hat, dürfte selbstverständlich sein. Es wäre aber ebenso falsch, von selbstgenügsamen Völkern in überschaubarer Größenordnung mit ihrer jeweils eigenen Heilkunde auszugehen und dabei den dauernden Austausch mit Nachbarn, ja sogar – über reisende Experten und Heilmittel – mit fernen Regionen zu übersehen. Medizin war immer zugleich die Möglichkeit zur weiteren Ausbildung einer Gruppenidentität, indem bestimmte Verfahren als gruppeneigen gepflegt wurden, und zur transkulturellen Überschreitung der Gruppengrenzen, um vom Heilwissen und den wirksamen Mitteln anderer zu profitieren.

Sehr oft haben Gemeinsamkeiten zwischen Heilweisen aber auch weniger mit einer bestimmten gemeinsamen kulturellen Überlieferung und ihrer Ausbreitung („Diffusionismus“) als mit gesellschaftlichen Strukturen zu tun. Nomaden, die bei sozialen Spannungen einfach weiterziehen können, kennen im Gegensatz zu bäuerlichen Gruppen und städtischen Bevölkerungen, in denen Konflikte vor Ort ausgetragen werden müssen, weniger Glauben an Hexerei und entsprechende Beschuldigungen. Gruppen, die sich mit Gefahren durch Fremde auseinandersetzen mussten, nehmen Geister dieser Fremden, z. B. Kolonialherren oder ausbeuterische Händler, in ihr Arsenal von krankmachenden Störenfrieden auf. Das lässt sich für die westafrikanische Küste mit einem nach General de Gaulle benannten mächtigen Fetisch ebenso wie an der viele Tausend Kilometer entfernten ostafrikanischen Küste mit herrischen Geistern deutscher Schutztruppensoldaten nachweisen. Völker im Landesinneren kennen hingegen entweder weniger Störgeister oder bringen sie mit Tieren und räuberischen Nachbarn in Verbindung. Schon allein dieser Bezug auf jüngere soziale Situationen statt auf angeblich uralte kulturelle Traditionen macht deutlich, dass die noch immer, auch in der Medizin sehr beliebte Rede von den „Kulturkreisen“, nach deren Konzept die räumliche Zugehörigkeit zu bestimmten Überlieferungsquellen alles entscheidend ist, obsolet sein sollte. Statt solcher stereotyper Vorannahmen wäre vielmehr stärker zu fragen, welche kulturellen Einflüsse und sozialen Strukturen in welchem Ausmaß Individuen oder Gruppen jeweils konkret prägen.

Trotz dieser Einschränkung, dass die soziale und kulturelle Vielfalt des subsaharischen Afrika jede allgemeine Zuschreibung verbietet, bieten die zahlreichen vorliegenden Erfahrungen und Ethnographien zur traditionellen Medizin Afrikas genügend Material für Aussagen über den „Menschen in der Medizin“, wenn man sie als mögliche, aber nicht zwangsläufig im Einzelfall zutreffende Konzepte versteht.

Die beschriebene afrikanische Offenheit und Integrationsfähigkeit für fremde Medizin machte auch vor der aus Europa importierten keineswegs halt. Die Bereitschaft, im Erkrankungs- und Verletzungsfall auch die medizinische Expertise von Europäern zu nutzen, war offenbar von Anfang an gegeben, und sichtbare Erfolge wie die Injektionen von Schwermetallpräparaten gegen bestimmte bakterielle Infektionen führten sogar zu massenhaftem Andrang afrikanischer Patienten. Wo es Ablehnung und Widerstand gab, sähe man diese besser nicht als grundsätzliche afrikanische Verweigerung fremder Medizin, sondern im Kontext kolonialer Konflikte, in denen die guten Absichten der Kolonialherren bezweifelt wurden, und spürbarer Eingriffe in gewohnte Lebensweisen, die ja auch in Europa bei der Durchsetzung medizinischer Forderungen etwa zu Ernährung oder Bewegung nur allzu bekannte Hindernisse darstellen. Es kann also nicht um ein Entweder-Oder zwischen afrikanischer und europäischer Medizin gehen, sondern nur um die Frage, welche Stärken und Schwächen der jeweiligen heilkundlichen Praxis zugeschrieben werden und so die Nutzung beeinflussen.

2. Krankheit und Geister bedeuten Störung wie Hilfe

Die Patientenkarriere einer der Frauen, die ich zusammen mit einem einheimischen Mitarbeiter während meiner Feldforschung im Südosten Tansanias interviewte, verdeutlicht die spezifische Rolle so genannter traditioneller Heilung. Die 58-jährige Frau – nennen wir sie Jamila – wirkte selbst als Heilerin. Auf die Frage, wie sie zu dieser Tätigkeit gekommen war, antwortete sie wie alle anderen befragten Heilerinnen dieser Region „Ich war selbst krank“ – mit dem Verb (im Passiv) „kuumwa“, d. h. „krank sein, Schmerzen haben“, bei der Ur- und möglichen Nebenbedeutung „gebissen werden“. Das lässt an die Figur des „wounded healer“ in jüngeren religionsethnologischen und esoterischen Konzepten des Schamanismus denken, wo der Weg zum Heilungsexperten notwendig über das eigene

Leiden führt.⁵ Es berührt aber auch den „verwundeten Heiler“ in C. G. Jungs Tiefenpsychologie, in der ein Therapeut ja nicht nur aktuell von der Begegnung mit einem Klienten psychisch infiziert oder verletzt wird, sondern dadurch alte Wunden des Therapeuten aufgerissen werden.⁶

Ein solches Leiden kann aber nicht einfach jede Krankheit oder überhaupt einfache Krankheit sein, sondern ist eigener Art. Auf die Frage „Welche Krankheit [ugonjwa gani]?“ erwiderte Jamila entschieden: „Überhaupt keine. Ich bin in Muhimbili [damals einziges Universitätsklinikum von Tansania; W. B] untersucht worden. Mir wurde gesagt, es sei überhaupt nichts. Ich bin dreimal geröntgt worden.“ Ihre Beschwerden waren also keine „Krankheit“, jedenfalls keine von der Krankenhausmedizin nachweisbare. Offenbar bestand aber trotzdem ein starker Leidensdruck. Denn schließlich gelangte sie, wiederum wie alle ihre interviewten Heilerinnen-Kolleginnen, zu einem (bzw. einer) „mganga wa kienyeji“ [„traditional healer“]. In ihrem Fall handelte es sich um einen alten männlichen Heilungsexperten namens Ali. Er rief seine Geister, um die Ursache dieser Beschwerden zu erfahren, was zur Feststellung führte, dass Jamila auch Geister hatte. Nun wurde sie drei Monate ausschließlich mit „traditioneller Medizin“ behandelt, mit Blättern und Wurzeln, die zerrieben und gekocht wurden, worauf sich der abgekühlte Sud zum Übergießen verwenden ließ. Es wurden zur Befriedigung der Geister nächtelange Trommeltänze („ngoma“) veranstaltet, und Jamila musste ein weißes Kopftuch und bestimmte Glasperlenketten tragen. Schließlich rief man noch einmal den Geist für sie, und der Geist sagte: „Du bist geheilt worden“. Nach Hause zurückkehrt, wurde Jamila zur Heilerin berufen, weil sie im Traum Wurzeln und den Korb zur Aufbewahrung für Medizinen sah.

Die Art und Ursache ihrer Beschwerden wäre aus europäischer Sicht für vielfältige Deutungen offen. Das Leben in der Hauptstadt Dar es Salaam, fern von ihrer Heimat im entlegenen Südosten, kann belastend gewesen sein. Oft, aber nicht in diesem Fall, spielen Spannungen

5 J. Halifax, *Shaman. The Wounded Healer*, New York 1982, dt.: *Schamanen. Zauberer, Medizinmänner, Heiler*, Frankfurt a. M. 1983; zu Halifax vgl. K. von Stuckrad, *Schamanismus und Esoterik. Kultur- und wissenschaftsgeschichtliche Betrachtungen*, Leuven 2003, S. 155-157.

6 C. G. Jung, *Erinnerungen, Träume und Gedanken*, Zürich 1962, S. 139: „Nur der Verwundete heilt“. Zur Diskussion des Begriffs: I. Rösing, *Der Verwundete Heiler. Kritische Analyse einer Metapher*, Kröning 2007.

zwischen stärker autochthon-religiösen, christlichen und muslimischen Gruppen, die das Individuum in Identitätskonflikte führen, eine Rolle. Mindestens seit der Kolonialzeit ist nachweisbar, dass die Geister oft das Fremde symbolisieren, wenn es als beunruhigend oder gar bedrohlich erlebt wird. Bei Jamila ist auch zu bedenken, dass sie zum Zeitpunkt der geschilderten Ereignisse Mitte zwanzig war, ein Lebensalter, das für Frauen (wohl nicht nur) dort besonders häufig mit bestimmten Partnerschaftskonflikten verbunden sein kann. Viele Frauen entwickeln ihre Beschwerden in einer Zeit, in der sie gegen ihren Willen heiraten sollen oder von einem Mann verlassen werden. Deutlich wird das bei der vierzigjährigen Adina im nächsten Fallbeispiel:

Frage: Wie begannst du [deine Arbeit als Heilerin]? Adina: Ich begann, indem ich zuerst krank war [umwa], dann floh ich in den Busch. *Als du in den Busch geflohen warst, wie lange bliebst du dort?* Ich war dort verlobt worden, diesem M. war ich versprochen worden, so hatte ich diese Beschwerden bekommen. *Du bist in den Busch geflohen, wie lange bliebst Du dort?*

Dort bin ich drei Jahre geblieben. Genug für diesen Mann, so hatten ja diese Beschwerden für mich angefangen, ich bin etwa vier Monate krank gewesen. *Was hast du dort im Busch gemacht?* Nur fliehen, als die Leute mich festhielten. *Als du dort im Busch warst, was hast du da gegessen?* Überhaupt nichts. Die Verwandten entwarfen einen Plan, sie veranstalteten eine Geldsammlung für die Fahrtkosten, um mich hierher nach Hause zurückzubringen. Nachdem ich hier nach Hause und zu meiner Mutter zurückgekehrt bin, kam ich zu ihr und dem traditionellen Behandlungsplatz [kilinge]. Sie sagte, dass sei überhaupt keine Verhexung und nichts derartiges: Es seien nur Geister, die jemanden kommen lassen, damit er/sie komme und die Arbeit mache. Und wirklich kooperierte ich mit meiner Mutter, um diese Arbeit zu tun, bis meine Mutter wegzog und mir diese Arbeit überlies. [...] *Wo bist du nun behandelt worden?* Sie hat mich selbst behandelt. *Deine Mutter?* Ja, Mutter. *Machte sie eine Beschwörung [...], hat sie ngoma gespielt?* Sie spielte ngoma.

Die bereits bekannten Elemente tauchen auch hier wieder auf, die eigene Krankheit als Beginn der Heilungstätigkeit und ngoma als Bestandteil der Heilung, dazu nun die ebenfalls häufig, aber nicht immer erzählte Flucht in den Busch für längere Zeiträume. Auch diese Grenzüberschreitung zur Wildnis entspricht einem Topos der ethnologischen

Diskussion,⁷ aber auch der religiösen Erzählung von Wüstenerfahrung und Einsiedelei. In diesem Fall dient Krankheit bzw. Geistbesessenheit als kulturell vorgesehener Ausweg aus einer unerträglich gewordenen Lebenssituation, aber zugleich als Möglichkeit, mit fremder Hilfe einen eigenen, neuen, ebenso angesehenen wie häufig befriedigenden Lebensweg zu finden.

Doch man muss sich auch die Problematik solcher europäischen Erklärungsversuche bewusst machen, wenn man die geschilderten Heilungsversuche interpretiert. Denn diese Arten des Heilens, die über die naturwissenschaftlich orientierte Krankenhausmedizin hinausgehen, schamhaft oder verwissenschaftlichend nur „Psychosomatik“, „Psycho- und Soziotherapie“ oder „Public Health“ zu nennen, statt die einheimischen Konzepte von Geistern, Besessenheit und Austreibung, Verhexung, Strafe und Reinigung anzusprechen, ist nicht immer hilfreich. Es verkennt in der totalen Assimilation an europäische Begrifflichkeit die produktive Spannung zwischen dem Vertrautem und dem Inkompatiblen im Fremden. Die umgehende Einordnung in die eigenen Kategorien droht zu übersehen, was sich eigentlich weniger oder gar nicht in diesen Kategorien unterbringen lässt.

3. Was heißt Heilung und woher kommt sie?

Nur bei den wenigsten endet die Patientenkarriere in der Heilertätigkeit. Fragt man die Heilerinnen danach, was das Ergebnis bei ihren Behandlungen war, hieß es immer „amepona“ – als Verbform die 3. Person Singular Perfekt von „-pona“. Der Blick ins Swahili-Wörterbuch zeigt eine auch nicht-medizinische Bandbreite an Bedeutungen:

„-pona
 fliehen, einer Gefahr entrinnen
 errettet *od* befreit sein
Med gesunden, genesen
Rel heil *od* gesund werden“⁸

Dieses Bedeutungsspektrum hat Parallelen zur semantischen Breite der deutschen bzw. europäischen Begriffe „Heil“, „heil“ und „heilen“,

7 H. P. Duerr, *Traumzeit. Über die Grenze zwischen Wildnis und Zivilisation*, Frankfurt a. M. 1978.

8 H. Höftmann, I. Herms, *Langenscheidts Handwörterbuch Swahili-Deutsch*, Berlin 2000, S. 279.

deren Kontexte auch vom Gesundheitlichen bis ins Religiöse reichen. Doch die ursprüngliche Semantik, die Grundbedeutung ist eine ganz andere: Sie meint nicht (eher statisch) ein Umfassendes, nicht „Ganzheit“ (englisch „whole“, gräzisiert „Holismus“), sondern drückt das Ergebnis formal negativ aus, „befreit von etwas“ (wie das deutsche „genesen“), als glückliches Endresultat einer traumatischen Geschichte. Die bestimmende Metaphorik ist also eine Befreiungs- und Rettungserfahrung statt einer Erfahrung von Fülle oder vollkommener Harmonie. Es drückt aus, noch einmal davongekommen zu sein, nicht so sehr, weitgehende Ordnung erreicht zu haben. Man darf solche sprachlichen Indizien nicht überstrapazieren, aber zusammen mit einigen etymologischen Beobachtungen zu Wurzeln der Bantu-Sprachen und dem Blick auf dominierende Krankheitsvorstellungen lässt sich doch sagen, dass es bei afrikanischer Heilung eher darum geht, verschiedenartigen Bedrohungen zu entrinnen, als – wie in der kanonisierten chinesischen, indischen oder alteuropäischen Heilkunde (Yin-Yang und 5-Phasen-Lehre in Ostasien, Tridoshas im indischen Ayurveda, Humoralpathologie/Viersäftelehre der griechisch-römischen Antike und des lateinischen wie arabischen Mittelalters) – eine in der Natur ursprünglich angelegte Harmonie zu sichern bzw. wiederherzustellen. Darin drückt sich ein personalistischer Zug afrikanischen Denkens aus, der in seiner Umwelt weniger von unpersönlichen Kräften als von möglicherweise bösen Absichten ausgeht.

Charakteristisch für den Typ der befragten Heilerinnen ist auch, dass sie auf die Frage, woher sie heilen könnten, immer antworteten: Das bin nicht ich selbst, das sind meine Geister oder mein Geist. Bei den stärker monotheistisch, also islamisch oder christlich ausgerichteten Heilerinnen findet sich auch ausdrücklich: Das ist Gott. Es ist nichts, was Menschen von sich aus machen können, sondern es ist Wirken des Geistes bzw. Gottes. Dieser Aspekt trägt auch dazu bei, dass die so genannte traditionelle Medizin durch die aus Europa importierte Medizin keineswegs völlig abgelöst wurde, sondern ihre florierende, offenbar sogar wachsende Marktnische mit dieser spirituellen Dimension gefunden hat. Ebenso befriedigen die unabhängigen afrikanischen christlichen Kirchen, die mit ihrem Schwerpunkt von charismatischen Heilungsgottesdiensten und oft mit starker Ablehnung alles Traditionellen eine seit einem Jahrhundert anhaltende Ausbreitung erleben, diesen Bedarf.⁹

9 Vgl. meinen Beitrag: „Medizin und Religion in Afrika. Heilungssuche in verschiedenen Traditionen“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 55/2009, S. 157-167.

Aber auch da, wo nicht der ausgesprochen personhafte islamische oder christliche Gott, an den man sich direkt im Gebet wenden kann, sondern ein eher ferner Schöpfer und Urgrund der Welt als letzte Quelle von Heilkraft vorausgesetzt wird, gibt es verschiedene, ebenfalls zu beeinflussende Wege dieser Kraft zu den lebenden Menschen, wozu nicht zuletzt bereits Verstorbene gehören.

Was europäische Besucher, die ersten Missionare wie heutige Gäste im ländlichen Afrika, in vielen Lebensbereichen erstaunt, ist die große Bedeutung der Ahnen. Christliche Inkulturationstheologie setzte oft auf eine Anknüpfung bei der Ahnenverehrung. Auf dem Land sieht man in Afrika außerhalb von Kirchengelände selten Friedhöfe, Verstorbene müssen auf dem heimatlichen Hof beigesetzt werden. Nur so können sie Frieden finden und dem Wohlergehen der Großfamilie nützen, andernfalls sogar in Unzufriedenheit und Zorn schaden. Erzürnte Ahnen, die nicht wie ihnen geschuldet Aufmerksamkeit und Geschenke erhalten haben, sind eine häufige Erklärung für Krankheit und anderes Unglück. Umgekehrt können befriedigte Ahnengeister in vielfältiger Weise helfen.

Dass auch wir in Europa unser heutiges gutes Leben den Leistungen von Vorfahren verdanken, machen wir uns im Gedenken an große Gründergestalten, Politiker oder Entdecker bewusst. Wenn wir selbst im eigenen Leben vom guten Beispiel solcher Vorbilder abweichen, macht uns das heute eher selten Probleme. Gelegentlich empfinden auch heutige Europäer Versagensgefühle, wenn sie weit hinter der Lebensleistung und Integrität solcher Gründerväter und -mütter zurückbleiben. Doch zumeist erklären wir unser andersartiges Leben gerne mit gewandelten Lebensumständen. Vor den großen kolonialen Umbrüchen durch Arbeitsmigration und Verstärkung blieben Afrikaner viel weitgehend in der Lebenswelt ihrer Ahnen. Sie wollten oder konnten deren Anspruch deshalb nicht so einfach entschärfen und spürten ein Abweichen von deren Regeln als Schuld, die neben anderem Unglück auch Krankheit nach sich ziehen kann.

Die Wege, auf denen der Schutz des Wohlergehens und die Hilfe-suche im Krankheitsfall zu den Ahnen führen, sind vielfältig. Ahnengeister können im Traum erscheinen, um Krankheitsursache oder -behandlung kund zu tun. Sie können im privaten Orakel befragt werden, indem eine Alternativfrage durch ein Ja-/Nein-Ereignis beantwortet wird. So kann die Beobachtung, ob ein Mehlhäufchen unter einem Korb auf dem Ahnengrab nach einer Nacht umgefallen ist oder nicht, die in der Ahnenanrufung gestellte Frage klären. Orakel wurden traditionell

wohl seltener als in Europa, wo solche unpersönlichen Mächte wie die Sterne vermeintliche Geheimnisse der Vergangenheit oder Zukunft verkünden sollen, anonym gestellt, sondern richteten sich als adressierte Anfrage häufig an die Ahnen. Allerdings ist hier die Vergangenheitsform angezeigt, denn solche Formen des Kontakts mit den Ahnen, die häufig bestimmte Lokalitäten voraussetzen, sind ohne Zweifel mit dem Zerbrecen der früheren sozialen Ordnung im Rückgang begriffen und werden durch andere Orakelformen ersetzt.

4. *Verhexen als Ursache und Symptom von Krankheit*

Ganz im Gegensatz zum Rückgang der Ahnenverehrung sind Beschuldigungen und Abwehr von Verhexung vielerorts zunehmende Phänomene.¹⁰ Denn das kompetitive Klima in Städten, in denen der frühere Streit um Land, Frauen oder Vieh durch knappe Wohn-, Ausbildungs- und Arbeitsplätze ersetzt oder ergänzt ist, begünstigt die Bekämpfung von Konkurrenten mit allen Mitteln und die Erklärung von Niederlagen durch erlittenen Schadenszauber. Schon seit vielen Jahrzehnten wird so in den Städten eine Abnahme der Diagnose „zürnende Ahnengeister“ und eine Zunahme der Diagnose „Verhexung“ beobachtet.

Hexereivorwürfe entspringen einerseits der allgemeinemenschlichen Erfahrung, dass sich manche Menschen positiv, andere negativ auf das eigene Leben auswirken können. Deshalb muss Verhexung auch keineswegs immer absichtlich und durch den Einsatz bestimmter Mittel geschehen. Es kann sein, dass Menschen unwissend das Böse in sich tragen, weil sie es einmal unbewusst aufgenommen haben, es ihnen aufgezwungen wurde, sie sich nicht dagegen geschützt haben. Ein Opfer von Hexerei kann so selbst zum Hexer werden und andere verhexen. Die Lebenserfahrung, nach der sich Unheil fortpflanzen kann und die wir religiös durch Denkfiguren wie die Erbsünde oder psychisch durch

10 Ausführlicher finden sich meine Beobachtungen zum Themenkomplex Hexerei und Krankheit in Afrika in meinen folgenden Beiträgen: W. Bruchhausen, „Hexerei und Krankheit in Ostafrika. Beobachtungen zu einem missglückten interkulturellen Diskurs“, in: ders. (Hrsg.), *Hexerei und Krankheit. Historische und ethnologische Perspektiven*, Münster u. a. 2003, S. 93-124; W. Bruchhausen, „Repelling and Cleansing ‚Bad People‘. The Fight against Witchcraft in Southeast Tanzania since Colonial Times“, in: B. Schmidt, R. Schulte (Hrsg.), *Witchcraft in Modern Africa. Witches, Witch-Hunts and Magical Imaginaries*, Hamburg 2007, S. 130-152.

frühere Traumen erklären, hat so eine afrikanische Begrifflichkeit gefunden. Diese Begrifflichkeit muss in einer Lebenswelt, in der viele unsichtbare Wirkungen, darunter auch Fernsehen, Radio oder Mobilfunk, mit Begriffen von Magie und Hexerei erklärt werden, nichts oder zumindest wenig von unseren Konnotationen des Übersinnlichen, Unheimlichen, Unerklärlichen oder (früher) Teuflischen haben. Der entscheidende Punkt ist nicht die Wirkweise, die man – wie bei vielen anderen Phänomenen – selber nicht genau erklären kann und können muss, sondern der Ausgangspunkt und die Auswirkung. Der Ausgangspunkt muss ausgeschaltet werden – durch Schutzmaßnahmen, durch Aufdeckung, Umkehr und Reinigung des Verursachers, notfalls auch durch Gegenzauber oder durch physische Gewalt bis hin zur Ermordung. Zusätzlich müssen auch die Auswirkungen wieder gut gemacht werden, wobei sich in der Abtötung von Parasiten oder der Operation von Tumoren die Apotheken- und Krankenhausmedizin häufig als überlegen erwiesen hat und deshalb gerne in Anspruch genommen wird. Dass ändert aber nichts daran, dass sie gegen die wahrgenommene Ursache wenig tun kann.

Hier wird noch einmal deutlich, dass die traditionellen Heilerinnen und Heiler in der verbreiteten Praxis keine alternative, sondern eine komplementäre Behandlung bieten, die auf die unabwiesbare Frage nach dem Sinn von Krankheit und anderem Unglück eine Antwort bietet. Diese Hilfe zur Krankheitsbewältigung wird bei uns allenfalls noch von Klinikseelsorge oder Psychotherapie geleistet, aber offenbar zunehmend eher auf dem Esoterik-Markt gesucht.

Der Umgang mit Hexereiverdacht hat sich durch die kolonialzeitliche und heutige Unterdrückung verschiedener einschlägiger Maßnahmen grundlegend geändert. Gehörte die Identifizierung, Neutralisierung und eventuell auch Bestrafung der angeblichen Hexer und Hexen, die eine Gemeinschaft bedrohten, zu den wichtigsten Aufgaben traditioneller Autoritäten, verlagerte sich durch ihre Entmachtung unter der Kolonialherrschaft diese Aufgabe auf umherreisende Hexenfinder. Dies war und ist ein in vielen Gegenden des subsaharischen Afrikas nachweisbares Phänomen, das auch als religiöse Bewegung gedeutet wird. Damit diese Hexenfinder nicht wegen Hexereibeschildigung, die seit der Kolonialzeit strafrechtlich verfolgt wird, belangt werden können, setzen sie bei der „Reinigung“ ganzer Dörfer auf Selbstbezeichnung, häufig unter Drogeneinfluss, und das Auffinden magischer Objekte als Beweis. Gelegentlich sterben auch Personen bei solchen Giftorakeln oder werden gelyncht. In privaten Konsulta-

tionen wird das öffentliche Hexenfinden dadurch ersetzt, dass der Rat-suchende, oft ebenfalls unter dem Einfluss von Rauschmitteln, in einem Spiegel die verhexende Person sieht. Heilerin und Heiler machen sich so nicht der strafbaren Beschuldigung schuldig.

Man kann aber auch – selbstverständlich im Geheimen – entsprechende Experten dafür anheuern, als Rache oder Gegenmaßnahme anderen zu schaden. Wer wirksam Hexerei erkennen und bekämpfen kann, muss nach weit verbreiteter Auffassung zumindest bis zu einem gewissen Grade selber Hexer oder Hexe geworden sein. Deshalb bleibt auch die Rolle solcher Experten in hohem Maße ambivalent, sie sind ebenso geachtet und nachgefragt wie gefürchtet und gemieden. Man kann häufig auch bei einer Konsultation nicht vollkommen sicher sein, sie ganz auf seiner Seite zu haben. Hat man sie gegen sich aufgebracht, z. B. indem man ihre Bedingungen nicht erfüllt, oder stehen sie einem aus anderen Gründen feindlich gegenüber, können sie für einen selber gefährlich werden. Ihre Rolle als Herren über Leben und Tod stammt also nicht nur aus ihren Möglichkeiten, zu heilen und dabei Fehler zu machen, sondern durchaus aus ungewisser Motivation. Das ist ein entscheidender Unterschied zu verschiedenen anderen medizinischen Traditionen wie etwa der europäischen Ärzteschaft, die sich spätestens seit dem hippokratischen Eid ausdrücklich dem Wohl des Patienten verpflichtet sieht. Erst mit dem Einfluss des über Islam, christliche Mission und europäische Kolonisierung nach Afrika gelangten Medizintyps wird dieses universalistische medizinische Ethos gegenüber der Parteinahme in sozialen Spannungen bei fast allen Heilern zunehmend bestimmend.

5. Zusammenfassung

Mit den analysierten Konzepten von integrationsbereiter Medizin, Krankheit als Störung und Befähigung, Flucht und Berufung, Heilung als Befreiung und Heilkraft als Geschenk sowie Hexerei als Idiom sozialer Spannungen wurde versucht, Merkmale afrikanischer Heilkunde als Phänomene zu verstehen, die spezifische lokale Antworten auf allgemein menschliche Erfahrungen und Bedürfnisse im Erleben von Krankheit darstellen. Die unideologische Nutzung aller Optionen, die Sinnfrage, die Unverfügbarkeit, das individuelle Erleben und die soziale Dimension, die offenbar zur menschlichen Bewältigung

von Erkrankung gehören, werden so in einem Ausmaß und in einer Weise sichtbar, die wir im Gesundheitswesen von Industrienationen zumeist vergebens suchen. Damit stellt afrikanischer Umgang mit Krankheit jenseits des Exotischen, das uns zunächst daran reizen kann, einen authentischen und originellen Beitrag zur Frage nach dem Menschen in der Medizin dar.