

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Omusawo

Vorstellungen und Einstellungen des
biomedizinischen Personals in Uganda

Verfasserin

Daniela Elisabeth Rieder

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im Juni 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A307

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuer: Prof.Dr.Dr. Armin Prinz

Danksagung

Bei der Entstehung dieser Diplomarbeit haben mich mehrere Personen unterstützt. Im akademischen Bereich danke ich meinem Betreuer Prof. Dr.Dr. Armin Prinz und Mag. Eddy Walakira, die mich bei den Reisevorbereitungen und in theoretischer Hinsicht unterstützten.

Ich möchte einen großen Dank an die Marienschwestern vom Karmel aussprechen, die mir erst meinen Forschungsaufenthalt in Uganda ermöglichten und mir in den 3 Monaten meines Aufenthaltes bei ihnen, jede auf ihre besondere Art, beistanden. Dank gilt auch Herrn Mark G., der sich immer väterlich um mich sorgte und mich in 2 der beforschten Felder einführte.

Ich möchte auch den zahlreichen Basawo danken, die der lästigen Mzungu trotz aller Widrigkeiten bereitwillig Auskunft gaben, besonders aber meinem Freund Wilson, der mir die lebensnotwendigen Dinge über Uganda erklärte.

Besonderer Dank gilt meinen Eltern und meiner Familie, die mich auf meinem bisherigen Lebensweg immer in jeder erdenklichen Weise unterstützten und ohne die meine Ausbildung nie solche Früchte getragen hätte.

Gedankt sei auch meinen FreundInnen, die mich während meines Studiums und der Phase des Schreibens dieser Arbeit ausgehalten und auf vielen Wegen meinen Horizont erweitert haben. Auch für die zahlreichen Ratschläge zur Verbesserung der Arbeit möchte ich ihnen danken.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Theoretischer Zugang und Definition zentraler Begriffe	9
3. Theoretische Konzepte zur Annäherung an das Thema	25
3.1. Autorität in der Biomedizin	26
3.2. Rollentheorie in der Biomedizin	34
3.3. Rituale in der Biomedizin	39
4. Drei Themenbereiche der Biomedizin	43
4.1. Übergänge – das Verhältnis biomedizinischen Personals zur Biomedizin	43
4.2. Asymmetrie – Interaktion zwischen biomedizinischem Personal und PatientInnen	49
4.3. Hierarchie – Beziehungen unter MitarbeiterInnen	53
5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda	59
5.1. Traditionelle Medizin und ihre Praktiker	60
5.2. Geschichte der westlichen Biomedizin in Uganda	67
5.3. Das Medizinsystem Ugandas heute	70

6. Zugang zum Feld und Beschreibung der Forschungsfelder	79
6.1. Biomedizinische Einrichtung I	81
6.2. Biomedizinische Einrichtung II	82
6.3. Biomedizinische Einrichtung III	83
7. Methode	87
7.1. Forschungsfrage	87
7.2. Methoden der Feldforschung und Auswertung	88
8. Ergebnisse der Datenerhebung	91
8.1. Welches Verhältnis hat biomedizinisches Personal zum Beruf bzw. der Medizin selbst?	92
8.2. Wie sieht die Beziehung des biomedizinischen Personals zu PatientIn- nen aus?	103
8.3. Wie verhalten sich MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen zueinander?	115
9. Conclusio	127
10. Bibliographie	131
A. Abbildungen	141
B. Auflistung der Interviews und wichtigsten InformantInnen	145

1. Einleitung

So manche/r wird sich über das erste Wort des Titels dieser Arbeit wundern: Omusawo.

Omusawo, das ist die Bezeichnung für Heiler in Luganda, der Sprache in Zentral-Uganda.

Omusawo, damit werden in Uganda nicht nur traditionelle Heiler bezeichnet, sondern auch ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen in biomedizinischen Einrichtungen. Und um genau diese geht es in dieser Arbeit.

Welche Vorstellungen hat das biomedizinische Personal in Uganda von Medizin, und zwar von der Biomedizin und der traditionellen Medizin Ugandas? Welche Einstellung hat das Personal zu seinem Beruf selbst? Welche Haltung nimmt das Personal gegenüber PatientInnen und den eigenen KollegInnen ein?

Das sind die essentiellen Fragen, die die folgenden Seiten zu beantworten suchen.

Für die Auseinandersetzung mit diesem Thema bediene ich mich der theoretischen Richtung der *Critical medical anthropology*, ein Ansatz der verschiedenste soziale Phänomene in einen größeren Kontext eingebettet sehen will. So soll auch diese Arbeit einen Teil dazu beitragen, Zusammenhänge auf globaler, nationaler und lokaler Ebene zu erkennen und zu analysieren. Das Ziel dieser Arbeit ist es, anhand von Konzepten aus der *Critical medical anthropology* und anderen medizinanthropologischen Theorien, die Vorstellungen und Einstellungen des biomedizinischen Personals in Uganda zu erläutern und einen Bezugsrahmen zu größeren Phänomenen

1. Einleitung

herzustellen. Dazu werde ich in den folgenden beiden Kapiteln zunächst theoretische Überlegungen anstellen, also zentrale Begriffe klären und die verwendeten Konzepte vorstellen. Kapitel 4 soll aus theoretischer Sicht vorab schon die 3 Ebenen meiner Forschungsfrage umreißen, nämlich das Verhältnis des biomedizinischen Personals zur Medizin, die Interaktion mit den PatientInnen und die Hierarchie in biomedizinischen Einrichtungen. Danach soll in Bezugnahme zur Datenerhebung in Uganda das Umfeld der Medizin in diesem Land dargestellt werden. Ich beschäftige mich in diesem Kapitel mit traditioneller Medizin und mit der Geschichte der Biomedizin in Uganda und schließlich werde ich das Medizinsystem Ugandas, wie es sich uns heute darbietet, skizzieren. Die Kapitel 6, 7 und 8 befassen sich konkret mit meiner 3-monatigen Feldforschung in Zentral-Uganda. Zunächst widme ich mich der Beschreibung des Feldzuganges und der methodischen Vorgehensweise. Kapitel 8 präsentiert dann die zentralen Ergebnisse dieser Datenerhebung. In der Conclusio sollen nun eben diese Erkenntnisse in einen größeren Zusammenhang, wie es die *Critical medical anthropology* vorschlägt, eingebettet werden und die Forschungsfrage: „Welche Beziehung hat biomedizinisches Personal zum Medizinsystem in Uganda?“ beantwortet werden.

2. Theoretischer Zugang und Definition zentraler Begriffe

Obwohl sich die Anthropologie schon lange mit verschiedenen Aspekten der Medizin bzw. des Heilens auseinandersetzt, entsteht eine eigene theoretische Disziplin „Medizinanthropologie“ erst spät (vgl. Janzen 2002:22f). Trotz des jungen Alters dieser Theorie, oder gerade deshalb, gibt es verschiedene Zugangsweisen. Die Medizinanthropologie unterteilt sich nach Hahn (1995) in 3 unterschiedliche Perspektiven:

1. Die *Environmental/Evolutionary medical anthropology* sieht medizinische Systeme als eine Arena, in der sich Mensch und Umwelt gegenseitig beeinflussen. Gesundheit und Krankheit werden anhand von biologischen und evolutionistischen Theorien erklärt, wobei einzelne Richtungen entweder mehr zum Biologischen (Soziobiologie), oder zur Umwelttheorie (kultureller Materialismus) tendieren.¹
2. Die *Cultural medical anthropology* begreift sich als im Gegensatz stehend zur oben erläuterten *Environmental/Evolutionary medical anthropology*. Die hauptsächliche Bezugsebene bildet hier die Kultur, welche von Hahn so definiert

¹vgl. Wilson 1980 für die Soziobiologie und Harris 1979 für den kulturellen Materialismus.

2. Theoretischer Zugang und Definition zentraler Begriffe

wird: „A cultural system is a more or less coherent set of values, concepts, beliefs, and rules that guide and rationalize people's behaviour in society.“(Hahn 1995:66). Der einflussreichste und oft zitierte Ansatz in der *Cultural medical anthropology* ist Kleinmans Theorie der *explanatory models* (vgl. Kleinman 1981).

3. Die *Political/Economic medical anthropology* oder *Critical medical anthropology* setzt sich kritisch mit den oben dargestellten Richtungen auseinander und sieht medizinische Systeme als eingebettet in größere politische und ökonomische Zusammenhänge.

Diese Arbeit sieht sich in der Tradition der *Critical medical anthropology* (CMA) verankert, da sie versucht ihr Thema, nämlich die Praxis der westlichen Biomedizin in Uganda, in einem größeren Zusammenhang zu beleuchten. Aus diesem Grund möchte ich hier einleitend das theoretische Modell der *Critical medical anthropology*, in weiterer Folge als CMA bezeichnet, kurz erläutern. Merrill Singer, Medizinanthropologe und einer der Gründerväter der CMA definiert dieselbe wie folgt:

„Critical medical anthropology can be defined as a theoretical and practical effort to understand and respond to issues and problems of health, illness, and treatment in terms of the *interaction* between the macrolevel of political economy, the national level of political and class structure, the institutional level of the health care system, the community level of popular and folk beliefs and actions, the microlevel of illness experience, behavior, and meaning, human physiology, and environmental factors.“(Baer et al.1986; Scheder 1988; Singer 1986,1990 zit. nach Singer 1995:81)

Singer und Baer gehen 1995 in „Critical Medical Anthropology“ von 4 vertikalen Ebenen der CMA aus, die ich im Folgenden darstellen möchte (vgl. Singer/Baer 1995:65ff).

Im Bezug auf die **makrosoziale Ebene** geht die CMA davon aus, dass Untersuchungsfelder der Anthropologie (bspw. die Beziehung zwischen biomedizinischem Personal und PatientIn, oder aber auch Konzepte wie Kultur oder Gesellschaft) nicht losgelöst vom kapitalistischen Weltsystem betrachtet werden können, ohne dabei zu fehlgeleiteten Ergebnissen zu kommen. Die Funktionen der Biomedizin in diesem größeren System sind nicht nur hegemonieller Natur (siehe unten), sondern auch gewinnorientiert (z.B. Pharmaindustrie, neue biomedizinische Technologien). Das heißt das Subsystem Biomedizin wird als Teil des kapitalistischen System betrachtet.

Die **Zwischenebene** (*Intermediate Social Level*) beschäftigt sich mit Beziehungen zwischen Verwaltung und biomedizinischem Personal. Dabei befinden wir uns in Krankenhäusern bzw. Kliniken jeglicher Größe und untersuchen die jeweiligen sozialen Beziehungen in diesem Feld.

Die Beziehung zwischen biomedizinischem Personal und PatientInnen bildet den Fokus der **mikrosozialen Ebene**. Es geht hier um Machtbeziehungen sowohl innerhalb, als auch außerhalb der konkreten klinischen Situation.

Am unteren Ende dieser Aufteilung befindet sich die **individuelle Ebene** mit der Darstellung von „sufferer experience, symptom expression, and behavior and the transformation of sufferer into a patient and the patient into the depersonalized site of an isolatable, treatable disease.“(vgl. Singer/Baer 1995:73). Da ich mich in dieser Arbeit auf biomedizinisches Personal konzentriere, nehme ich die Vorstellungen und Einstellungen desselben ebenfalls als zur individuellen Ebene gehörig an.

Die CMA wird zuweilen auch als politisch-ökonomische Richtung der Medizinanthropologie bezeichnet (vgl. Hahn 1995; Janzen 2002). Dabei stützt sie sich weitge-

2. Theoretischer Zugang und Definition zentraler Begriffe

hend auf den Marxismus bzw. den historischen Materialismus als zugrunde liegende theoretische Ausrichtung (vgl. Waitzkin 2000:5). „One strength of the Marxist explanation is an analysis of the linkages between the health system and the broader political, economic, and social systems of the society.“(Waitzkin 2000:4). Wie weiter oben erwähnt, ist genau dies das Ziel der CMA.

Im Folgenden möchte ich die grundlegenden Annahmen der Politischen Ökonomie, insofern sie für die CMA relevant sind, kurz vorstellen. Dabei beziehe ich mich auf die ersten beiden Kapitel in Howard Waitzkins Werk „The Second Sickness. Contradictions of Capitalist Health Care“(2000).

Die marxistische Theorie unterscheidet die Klasse der Kapitalisten (kontrolliert Geld und Produktionsmittel) und die Arbeiterklasse, die ihre Arbeit für Lohn verkauft. Bei der Herstellung des Produktes kommt es zum sogenannten Mehrwert, d.h. das Produkt wird für mehr Geld verkauft als der Arbeiter für die Herstellung des Produktes verdient. Von diesem Mehrwert lebt der Kapitalist² (vgl. Waitzkin 2000:39ff).

Waitzkin beschreibt für das kapitalistische Medizinsystem 4 Klassen, nämlich die Unternehmerklasse, die das Vermögen kontrolliert; die Obere Mittelklasse (ÄrztInnen); die Untere Mittelklasse (KrankenpflegerInnen, TherapeutInnen, etc.) und die Arbeiterklasse (z.B. Küchen- und Reinigungspersonal). Dabei wird hier oft die gesamtgesellschaftliche Klassenstruktur entlang von Zugehörigkeiten zu Geschlecht, Kultur, Religion, etc. widergespiegelt (vgl. Waitzkin 2000:41). In anderen Worten, es ist wahrscheinlicher eine weibliche Reinigungskraft mit serbischem Migrationshintergrund im AKH anzutreffen als eine Ärztin mit serbischem Migrationshintergrund. Eine Grundannahme des historischen Materialismus ist, dass es strukturelle Widersprüche im sozialen System gibt. Dazu gehören in kapitalistischen Gesellschaften

²für eine genauere Beschäftigung mit dem kapitalistischen System sei an dieser Stelle auf Karl Marx Schriften: „Das Kapital: Kritik der politischen Ökonomie.“ (1867/2005) oder zusammen mit Friedrich Engels „Manifest der kommunistischen Partei. Grundsätze des Kommunismus“ (1848/1969) verwiesen.

Widersprüche zwischen Arbeiterklasse und Kapitalisten oder zwischen reichen und armen Regionen – lokal, national und global. Historischer Materialismus sieht soziale Probleme in einem historischen Kontext, aber auch eingebettet in gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge. Dabei ist zu beachten, dass strukturelle Systemzusammenhänge und Machtverhältnisse im Vordergrund stehen und diese individuelle Handlungen beeinflussen³ (ebd.:5ff).

Eine letzte Annahme dieser Denktradition ist ihr Fokus auf Konflikte. Strukturelle Widersprüche münden in sozialen Konflikten, die auf unterschiedlichen Ebenen (lokal, regional, national, global) ausgetragen werden können. Dies führt zu einem dialektischen Wandel: alte Widersprüche führen zu Konflikten, die neue Widersprüche hervorbringen. Ein Beispiel für einen solchen Konflikt ist der Freiheitskampf der Kolonien (ebd.:6f). Nach der Entkolonialisierung entschieden sich viele ehemalige Kolonien das Wirtschaftssystem des Kapitalismus (und vieles andere) von den Kolonialmächten zu übernehmen (vgl. Onoge 1975:224).

Der Staat in einem kapitalistischen System hat die bedeutende Aufgabe das Wirtschaftssystem und die Interessen der kapitalistischen Klasse zu behaupten. Er bedient sich dabei staatlicher Zwangsmittel (im Bereich der Exekutive, Legislative und Jurisdiktion), aber auch weniger offensichtlicher Institutionen wie Bildungs- oder Gesundheitseinrichtungen, die Ideologisches tradieren (vgl. Waitzkin 2000:43f). Ideologie in der Biomedizin (dazu gehören die im Folgenden zu behandelnden Grundannahmen der Biomedizin) hilft Machtverhältnisse und das gegenwärtige politische, soziale und ökonomische System aufrechtzuerhalten (ebd.:43ff). Die Biomedizin selbst (dabei sind sowohl Medikamente, als auch Diagnose und Therapie v.a. mit aufwendigen technischen Mitteln gemeint) wird in diesem System zur Ware, man denke nur an

³Meiner Meinung nach ist dies etwas zu kurz gegriffen, da ich dem Individuum einen gewissen Handlungsspielraum nicht absprechen möchte. Eine genauere Analyse dieser eher philosophischen Frage wäre hier fehl am Platz und könnte wenig zum eigentlichen Ziel dieser Arbeit beitragen. Deshalb soll sie hier unterlassen werden.

2. Theoretischer Zugang und Definition zentraler Begriffe

die Pharmaindustrie oder Hersteller von medizinischer Ausstattung (ebd:43).

Der Wirtschaftsethnologe Claude Meillassoux beschäftigt sich in seiner Doktoratsarbeit „Anthropologie économique. Des gouros de Côte d’Ivoire; de l’économie des subsistance à l’agriculture commerciale“ konkret mit der Transformation der landwirtschaftlichen Produktionsverhältnisse in Afrika, eben bei den Guro (Meillassoux 1964/1999:10). Er stellt Verwandtschaft in der traditionellen häuslichen Produktionsweise in Afrika als wichtiges Element fest. Durch den Kontakt mit anderen Produktionsformen, v.a. mit der kapitalistischen durch den Kolonialismus verbreiteten Form, werden traditionelle Gesellschaftsstrukturen verändert. Jedoch vollzieht sich hier eine widersprüchliche Entwicklung, denn einerseits bildet sich ein kommerzieller Agrarsektor, der mit traditionellen Strukturen bricht, andererseits werden ebendiese Strukturen aufrechterhalten, da nur sie den Bedarf der Bevölkerung decken können. So wird die häusliche Produktionsweise in das kommerzielle System eingebunden (ebd.:349ff). Meinen Ergebnissen zufolge lässt sich Ähnliches auch für die Medizin feststellen, was aber an anderer Stelle noch Thema sein wird.

Aber wie sehen nun konkret die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Ebenen aus? Wie wirkt sich die übergeordnete Struktur auf das Mikrolevel aus und welche Möglichkeiten hat das Individuum oder eine Gruppe von Individuen Einfluss auf die Makroebene zu nehmen? Um diese Fragen zu beantworten, möchte ich im Folgenden Konzepte der CMA vorstellen, die maßgeblich den weiteren Verlauf dieser Arbeit bedingen werden. Dabei gehe ich zum einen davon aus, dass Subsysteme wie die Biomedizin größere Zusammenhänge in der Gesamtgesellschaft reflektieren, sie aber zum anderen in einen größeren soziokulturellen und ökonomischen, sowie historischen Bezugsrahmen eingebettet werden müssen. Das erste Bestreben wird aber sein, grundlegende Begriffe in der Medizinanthropologie zu definieren und die der Biomedizin zugrunde liegenden Annahmen darzustellen.

Beginnen wir gleich mit der offensichtlichen Frage: Was ist **Biomedizin**?

Der Pschyrembel definiert Medizin als „[...] die Wissenschaft vom gesunden u. kranken Menschen, von den Ursachen, Wirkungen u. der Vorbeugung u. Heilung der Krankheiten [...]“(Pschyrembel 2001). Hier kann man schon relevante Gesichtspunkte der (Bio)Medizin ausmachen. Das Präfix „Bio“ impliziert schon eine starke Verbindung zur biologischen Wissenschaft, auf die sich die Biomedizin gegründet sieht (vgl. Janzen 2002:4; Ember 2004:95). Auch das Prinzip von Ursache und Wirkung stammt aus der Wissenschaft. Dennoch, oder gerade deshalb, begreifen Medizinanthropologen in der Tradition der CMA Biomedizin als kulturelles System. Dabei treffen wir auf einen Konflikt zwischen Paradigmen in Naturwissenschaft und Sozialwissenschaft. Erstere nimmt ihre Erkenntnisse als universell geltend, als bewiesen, unabhängig von Zeit und Raum an. Letzere hingegen bezieht ihre Ergebnisse auf einen bestimmten Punkt in Raum und Zeit(vgl. Janzen 2002;67f). Biomedizin – wie auch Wissenschaft selbst – ist ein historisch gewachsenes soziokulturelles System, wenn man es auf die Spitze treiben will, nur eine weitere Ethnomedizin (vgl. Gaines/Hahn 1982 zit. nach Ember 2004:96).

Für Robert Hahn ist in diesem Sinne Biomedizin eine Subkultur mit eigenen Vorstellungen und Regeln. Er unterteilt Subkulturen, so auch die der Biomedizin, in 4 Komponenten.

Der **Bereich der Biomedizin** wird im Großen und Ganzen durch die obige Definition umschrieben, wobei Hahn Kritik übt am vorrangigen Fokus der Biomedizin in der Pathologie und infolgedessen an ihrer kurativen Orientierung (Hahn 1995:132ff). Der Patient wird auf seine Krankheit reduziert und die Erhaltung der Gesundheit steht im Hintergrund (vgl. Davis-Floyd/St.John 1998:15ff). Dies ist ein oft geäußerter Vorwurf an die Biomedizin. Meines Erachtens ist jedoch zu sagen, dass sich zumindest in theoretischer Hinsicht hier viel getan hat, wie ebenfalls die obige Definition zeigt, in der sehr wohl vom „[...]gesunden und kranken *Menschen*[...]“(Pschyrembel

2. Theoretischer Zugang und Definition zentraler Begriffe

2001, Hervorhebung von mir) die Rede ist und auch Prävention einen Stellenwert bekommt. Aufgrund der Unterteilung in verschiedene Krankheitsursachen und die Heraustrennung von Krankheiten aus dem menschlichen Körper, sodass sie separat behandelt werden können, besteht ein hoher Spezialisierungsgrad in der Biomedizin (vgl. Hahn 1995:134ff).

Die zweite von Hahn beschriebene Komponente der Biomedizin ist ihr inherentes **System von Werten und Verhalten**. Für ÄrztInnen wird ihr Wertesystem weitgehend durch den sogenannten „Hippokratischen Eid“ bestimmt. Respekt gegenüber Lehrenden und Zusammenhalt unter MedizinerInnen wird als erstes Prinzip des Eides angeführt. In weiterer Folge geht es um das Verhältnis des Arztes/der Ärztin zu PatientInnen – Schaden verhüten, Nutzen bringen, Schweigepflicht. Dabei sind ÄrztInnen nicht nur in ihrer Funktion, sondern auch als Person angesprochen, ein „gutes“ Leben zu führen (vgl. Hahn 1995:38).

Eine **organisierte Ausbildung** ist nötig um das biomedizinische System zu erhalten. In dieser Ausbildung lernen Medizinstudenten „[...] the professional culture of medicine[...]“ (Hahn 1995:158). Interessant bei Ausbildung und Praxis von ÄrztInnen ist auch die Bruchlinie entlang von Gesellschaftsschichten, Gender und ethnischer Zugehörigkeit (vgl. Hahn 1995:153ff). Davis-Floyd und St. John 1998 beschreiben die medizinische Ausbildung als *Rite de passage*, also als Übergangsritus, in dem die neue soziale Rolle erlernt wird (vgl. Davis-Floyd/St. John 1998:49ff). Wir kommen darauf noch zurück.

Als letzte Komponente werden **Verhaltensnormen und Normen der Praxis** genannt. Dort werden die 3 obigen Komponenten in die Praxis umgesetzt. Dies passiert natürlich nicht immer so, wie die Theorie es vorhersagt.

Nachdem wir quasi „das Feld abgesteckt haben“ mit der Definition von Biomedizin, sollen nun die beiden entscheidenden Begriffe in diesem Feld, nämlich Gesundheit und Krankheit behandelt werden. **Gesundheit** ist nach dem Wissenschaftsphiloso-

sophen Boorse (1977) das Fehlen von Krankheit. Dies erfahren wir auch aus dem Pschyrembel:

„Gesundheit:[...] **1.** i.w.S nach der Definition der WHO der Zustand völligen körperl., geistigen, seel. u. sozialen Wohlbefindens; **2.** i.e.S. das subjektive Empfinden des Fehlens körperl., geistiger u. seel. Störungen od. Veränderungen bzw. ein Zustand, in dem Erkr. u. pathol. Veränderungen nicht nachgewiesen werden können; **3.** im sozialversicherungsrechtl. Sinn der Zustand, aus dem Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit resultiert. [...]“(Pschyrembel 2001).

Die viel zitierte Definition der WHO versteht Gesundheit in einem weiten Sinn des sich rundum Wohlfühlens. Die Biomedizin braucht jedoch eine engere, praxisorientiertere Definition um ihrer Funktion des Heilens nachzukommen. Wie oben erwähnt sieht sich die Biomedizin vorrangig der kurativen Behandlung von Krankheiten verpflichtet, weshalb auch Gesundheit unter diesem Licht betrachtet werden muss. Die CMA weist hin auf die Unmöglichkeit der Erreichung von Gesundheit, wie sie die WHO definiert. Die Grenzen zur Erlangung eines solchen Zustandes verlaufen entlang von Ungleichheiten verschiedener Art (Armut, Diskriminierung, strukturelle Gewalt, etc.) (vgl. Ember 2004:26). Um diesem Einwand gerecht zu werden bestimmt die CMA Gesundheit als

„[...]access to and control over the basic material and non-material resources that sustain and promote life at a high level of satisfaction. Health is not some absolute state of being but an elastic concept that must be evaluated in a larger socio-cultural context.“(Ember 2004:26)

Boorse behandelt in seinem Artikel „Health as a Theoretical Concept “(1977:542) die Schwierigkeit, Krankheit zu definieren, da eine solche Begriffsbestimmung einer-

2. Theoretischer Zugang und Definition zentraler Begriffe

seits so breit gewählt sein muss um kleinere gesundheitliche Probleme, wie Warzen oder Fußpilz zu inkludieren, andererseits braucht es eine Differenzierung entlang z.B. Altersgruppen (es ist keine Krankheit, wenn ein Säugling nicht sprechen oder laufen kann). Boorse filtert 7 Problempunkte in der Definition von Krankheit und Gesundheit heraus:

1. Gesundheit ist erstrebenswert: Zustände, die nicht unter die biomedizinische Kategorie Krankheit fallen, können aber ebenso unerwünscht sein (Boorse gibt das Beispiel einer Person, deren Körpergröße geringer ist als der Durchschnitt). Auf der anderen Seite können in gewissen Situationen Krankheiten durchaus willkommen sein (z.B. bei der Musterung).
2. Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung: Für manche Krankheiten gibt es keine Behandlung, genauso behandeln ÄrztInnen Zustände die nicht unter die Kategorie Krankheit fallen. (z.B. Geburt, Schönheitschirurgie,...)
3. Statistische Normalität: Rotes Haar bspw. ist statistisch gesehen abnormal, trotzdem aber keine Krankheit. Mangelernährung ist in einigen Gebieten weit verbreitet, deshalb ist sie aber nicht gesund.
4. Schmerz, Leiden, Beschwerden: Krankheiten können mitunter symptomlos verlaufen. Genauso können natürliche Prozesse Schmerz verursachen (Zahnen, Geburt,...)
5. Behinderung: Schwangerschaft wirkt höchst hindernd auf die werdende Mutter, dennoch kann Schwangerschaft nicht als Krankheit definiert werden.
6. Anpassung an die Umwelt: Dadurch wird Gesundheit abhängig von den jeweiligen Umständen. Man kann jedoch nicht sagen, dass Anpassung an schädliche Arbeitsbedingungen (z.B. bei Minenarbeitern) die daraus folgenden Krankheiten „gesund macht“, d.h. in Gesundheit verwandelt. Kurzsichtigkeit bspw.

bleibt auch dann eine Krankheit, wenn der/die Kranke nur Vorteile daraus genießt.

7. Selbstregulierung des Organismus, Gleichgewicht: Funktionen des Lebens stören dieses Gleichgewicht (Wachstum, Reproduktion,...), diese Funktionen sind aber auch das Ziel des Organismus (vgl. Boorse 1977:542).

Trotz dieser Widrigkeiten unternimmt der Pschyrembel den Versuch einer Definition von **Krankheit**, die maßgeblich den Zugang von ÄrztInnen und Studierenden der Medizin, sowie Pflegekräften, zu ihrem Fach bestimmt.

„Krankheit:[...]**1.** Störung der Lebensvorgänge in Organen od. im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperl., geistigen bzw. seelischen Veränderungen; **2.** i.S. der sozialversicherungs- u. arbeitsrechtl. Gesetze der regelwidrige Körper- od. Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung (wobei bereits die Erforderlichkeit einer Diagnosestellung genügt) od. der Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt; **3.** begriffll. Bez. für eine definierbare Einheit typischer ätiol, morphol., sympt., nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine best. Erkrankung verstanden wird. [...]“(Pschyrembel 2001).

Die *Cultural medical anthropology* unterscheidet bei der Definition von Krankheit zwischen *illness* und *disease*. Wie auch in der Begriffsbestimmung durch den Pschyrembel liegt der Unterschied im Verhältnis von subjektiver Empfindung (*illness*) und objektiv feststellbarer Krankheitsentität (*disease*). Das heißt dem Kranksein (*illness*) einer Person (Erfahrung von Leiden, subjektive Beschwerden) liegt eine biologische Einheit – die Krankheit(*disease*) zugrunde, die ätiologisch, morphologisch, symptomatisch und/oder nosologisch beschrieben werden kann. Dabei ist zu

2. Theoretischer Zugang und Definition zentraler Begriffe

beachten, dass keineswegs immer beide Teile des Begriffspaars in einer Krankheits-episode vorhanden sein müssen. Ein Individuum kann sich krank fühlen, krank sein, ohne dabei einen bestimmten Krankheitsagenten ausmachen zu können. Ein Individuum kann aber auch eine Krankheit haben (wie bspw. HIV, Krebs, etc.), ohne sich dabei krank zu fühlen oder Beschwerden zu haben (vgl. Janzen 2002:4f).

In der Theorie der *Critical medical anthropology*, CMA jedoch gibt es die Unterscheidung zwischen Krankheit und Kranksein (*illness/disease*) nicht. Krankheit ist – so die VertreterInnen der CMA – abhängig sowohl von ökologischen, als auch von sozialen Umständen. Zu den Letzteren zählen sie u.a. Arbeitsbedingungen oder die Verteilung von Ressourcen. Die CMA wendet sich gegen Krankheit als biologisches Konzept, da so nur soziale Beziehungen im Umfeld von Krankheit und Gesundheit verdeckt werden (vgl. Baer/Singer/Johnson 1986 zit. nach Ember 2004: 26).

Im Folgenden sollen die essentiellen **Grundannahmen der Biomedizin** näher erläutert werden. Wie bereits erwähnt, sieht die CMA die westliche Biomedizin als eine von vielen Ethnomedizinen, von sozialen und kulturellen Faktoren geprägt und dieselben rekonstruierend. Annahmen und Vorstellungen des größeren soziokulturellen Kontexts spiegeln sich im Subsystem Biomedizin wieder.

Davis-Floyd und St. John (1998) formulieren in Anlehnung an die mechanistische Metapher Merchants (1983 zit. nach Davis-Floyd/St. John 1998:18) das *technokratische Modell der Biomedizin*. Das zugrunde liegende Prinzip der westlichen (Natur-)Wissenschaft ist das der Trennung. Es werden getrennte Einheiten mit klaren, linearen Abgrenzungen konstruiert (bspw. Krankheitserreger). Dabei wird angenommen, Phänomene könnten so – abgetrennt von ihrem Kontext – besser verstanden werden (vgl. Davis-Floyd/St. John 1998: 17). Ein Beispiel dafür ist das naturwissenschaftliche Experiment, dessen Ziel und methodische Vorgabe es ist, einzelne Phänomene möglichst losgelöst von ihrer natürlichen Umgebung zu betrachten (vgl. Mayer 2002:91).

Im 17. Jahrhundert, zu einer Zeit des ökonomischen Umbruchs und des sozialen Aufbruchs in eine neue Ära durch die Aufklärung, finden wir die Wiege des mechanistischen Modells vom Menschen. René Descartes und andere seiner Generation entwickelten eine Philosophie, in deren Mittelpunkt die Maschinenmetapher steht. Descartes teilt den Menschen in Körper und Geist. Das bedeutet, der menschliche Körper – als Anhäufung austauschbarer Teile – kann „repariert“, erforscht, ersetzt werden, ohne dass der Geist/die Seele des Menschen – als dem Körper übergeordnetes Sein – Schaden nimmt. Dies eröffnete die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Untersuchung des Körpers, jedoch um den Preis der Vernachlässigung von Phänomenen wie Emotion, Glaube, soziokulturelle Umstände, weil nicht-quantifizierbar. Diese geistigen Phänomene blieben vorerst die Domäne der Religion, während die medizinische Wissenschaft sich des Körpers annahm, der so mechanistisch wie möglich konstruiert wurde (vgl. Davis-Floyd/St.John 1998:18ff). Heute werden m. E. auch geistige Vorgänge physisch erklärt (bspw. in der Genetik oder der Hirnforschung). Die oben erwähnten Begriffe von *illness* und *disease* gründen auf dieser Trennung von Körper und Geist. In der CMA unternehmen z.B. Nancy Scheper-Hughes und Margaret Lock (1987) einen Versuch zur Aufhebung dieser Unterscheidung. Auch das Konzept Embodiment (vgl. Csordas 1990) versucht einen neuen Zugang zu diesem Thema zu finden. Der Körper soll als Basis für Kultur gesehen werden, als Subjekt (in Einheit mit dem Geist) und nicht als Objekt das sich zu Kultur verhält (vgl. Csordas 1990:5).

Die Maschinenmetapher des Körpers setzt sich auch im technokratischen Modell der Biomedizin fort. Dabei werden ÄrztInnen und PatientInnen sowohl von ihrem Körper entfremdet, als auch voneinander. Schon durch ihre rigorose Ausbildung werden ÄrztInnen dazu angeleitet, den eigenen Körper als ihrem Geist untergeordnet anzusehen. Verstärkt wird dieses Verhältnis vor allem in den frühen Berufsjahren, in denen hohe Leistungsfähigkeit und lange Dienstzeiten mit wenig Schlaf zum Stan-

2. Theoretischer Zugang und Definition zentraler Begriffe

dard gehören (vgl. Davis-Floyd/St. John 1998:22).

Die Mechanisierung des Körpers entbindet den Arzt/die Ärztin von jeglicher Verantwortung gegenüber dem Patienten/der Patientin als geistigem, seelischen Wesen. PatientInnen werden zu Fällen („der Blinddarm auf Zimmer 3“). Oft werden Wünsche, Beschwerden oder das Interesse des/der PatientIn an der eigenen Krankheit – scheinbar zum Wohle seiner/ihrer eigenen Genesung – nicht berücksichtigt. PatientInnen werden zum Feind der ÄrztInnen, die versuchen sich durch diesen Mechanismus vor emotionaler Involviertheit zu schützen (ebd.:23ff).

PatientInnen entfremden sich von ihrer Krankheit und damit von ihrem Körper selbst, indem eine von außen kommende Krankheitsentität, die nicht sie selbst sind, für ihren Zustand verantwortlich gemacht wird (ebd.)

Biomedizinisches Wissen folgt – wie der Begriff *Biomedizin* schon impliziert – vorrangig dem Paradigma der Naturwissenschaft, das sich auf Objektivität, Rationalität und Logik gründet (Hahn 1995:149; Janzen 2002:188). Die Praxis der Biomedizin basiert auf wissenschaftlichen Fakten (vgl. Rhodes 1996:166). Im ausgehenden 19. Jahrhundert entwickelte sich in der westlichen Medizin die sogenannte Keimtheorie. Hier wird von einem einzelnen krankheitsauslösenden Faktor (Keim) ausgegangen, der als natürlich gegeben angesehen wird (vgl. Waitzkin 2000:38; Singer/Baer 1995:94f). Der Krankheitserreger dringt in den menschlichen Körper ein und fügt ihm Schaden zu. Die darauf folgende Heilung besteht vor allem in der Vernichtung dieses Eindringlings (vgl. Janzen 2002:193). Im Allgemeinen wird also von einer Ursache, die eine Wirkung nach sich zieht ausgegangen, sowohl im Zuge der Erkrankung, wie auch der Heilung. Aufgrund dessen ist es nicht verwunderlich, wenn der Fokus der Biomedizin auf einem kurativen Ansatz ruht, der Kontrolle oder Beseitigung von bereits bestehenden Krankheitszuständen (vgl. Hahn 1995:136). Das Ziel ist die Heilung und der Weg dorthin die aktive Intervention (ebd:152). In der Praxis kommt also der/die PatientIn in eine medizinische Einrichtung und erwartet durch

das Setzen einer gezielten Handlung durch den/die ExpertIn geheilt zu werden. Sowohl Diagnosestellung, als auch Heilung sind oft technologie-intensiv (vgl. Baer/Singer/ Susser 2003:343). Medizinische Geräte werden als zuverlässiger und objektiver als Menschen angesehen, Ärztinnen und Ärzte werden zu Interpretierenden (vgl. Davis-Floyd/St. John 1998:36). Die Heilhandlungen, die sie setzen, beinhalten oft aggressive Interventionen von bspw. starken Medikamenten (mit Nebenwirkungen). Solche Behandlungsweisen sind meist auf einen kurzen Zeitraum gerichtet und berücksichtigen Spätfolgen nur ungenügend (ebd:38f). Zu beachten ist hier auch, dass medizinische Ausbildung oft in technisch gut ausgestatteten Einrichtungen verbracht wird und so der Spezialisierung und Technologie schon früh ein großer Wert zugeschrieben wird (vgl. Waitzkin 2000:42).

Davis-Floyd und St. John (1998:38f) wenden den Begriff *One-Two-Punch of technological intervention* von Peter C. Reynolds (1991) auf das technokratische Medizinsystem an. Ein natürlicher Prozess wird durch Technologie verbessert (z.B. wird ein Damm gebaut). Dies ist der „erste Schlag“. Wenig später tritt ein Problem auf (z.B. Dürre in Gebieten am unteren Verlauf des Flusses), das wiederum durch technologische Interventionen beseitigt werden soll („zweiter Schlag“). Technologie gibt uns den Glauben die Natur beherrschen bzw. kontrollieren zu können und Grenzen zu überwinden. Biomedizinische Technologie beschäftigt sich vorrangig mit der Überwindung körperlicher Grenzen (Prothesen, künstliche Befruchtung, Kampf gegen den Tod)(vgl. Davis-Floyd/St. John 1998:38ff). In einem solchen System wird der Tod eines/r PatientIn bzw. auch die Unheilbarkeit einer Krankheit als Niederlage angesehen (vgl. ebd:42; Hahn 1995:139f).

Auch die gerade verwendete biomedizinische Terminologie lässt schon einen kurativen Ansatz erahnen. Die Arbeiten von Emily Martin (1992; 1993) zeichnen ein Bild von militärischen Metaphern in der Krankheitsbekämpfung. Der Krankheitserreger wird als feindlicher Eindringling behandelt, den es auszulöschen gilt. Der

2. Theoretischer Zugang und Definition zentraler Begriffe

Fokus liegt also eindeutig auf der Pathologie (vgl. Hahn 1995:133). Dies finden wir auch bestätigt in der genauen Klassifizierung von Krankheiten durch die WHO, die *International Classification of Disease (ICD)*. ÄrztInnen überall auf der Welt richten sich nach dieser Einteilung von Krankheiten. Bekannte Krankheiten werden in Klassen und Unterklassen eingeteilt. Weiters sind zu jeder Krankheit Symptome und Zeichen angegeben (vgl. Janzen 2002:195ff).

3. Theoretische Konzepte zur Annäherung an das Thema

In diesem Kapitel möchte ich 3 theoretische Konzepte darstellen, mit denen sich der Themenbereich dieser Arbeit beschreiben lässt. Die unterschiedliche Komplexität der Konzepte und die unterschiedliche Relevanz für das Thema führten mich dazu die Auseinandersetzung mit dem Hauptkonzept der Autorität intensiver zu veranschaulichen. Auch die Ausrichtung nach der CMA macht die Beschäftigung mit Autorität für diese Arbeit besonders interessant. Zur Ergänzung werde ich aber zusätzlich die Rollentheorie des amerikanischen Soziologen Talcott Parsons darlegen und mich mit der Ritualtheorie beschäftigen.

Bevor wir nun in medias res gehen, möchte ich vorab eine Feststellung bezüglich der verwendeten Begriffe machen. Der von mir gebrauchte Begriff „biomedizinisches Personal“ bezieht sich, so nicht anders erwähnt, auf ärztliches und pflegerisches Personal. Einige meiner Quellen führen eine starke Trennung der beiden Bereiche durch (vgl. Parsons 1951, Rohde 1974, Weidmann 2001, Olbrich 1999, Ford/Walsh 2000). Für mein Forschungsgebiet in Uganda – bzw. genauer für meine 3 Feldsituationen – scheint mir ein größeres Naheverhältnis zwischen medizinischem und pflegerischem Bereich zu bestehen. Da die Versorgung von PatientInnen oft nur auf Biomedizinisches beschränkt ist, werden Pflegekräfte zu einer Art von „HilfsärztInnen“ mit

3. Theoretische Konzepte zur Annäherung an das Thema

eingeschränkter Kompetenz. Durch den Mangel an ÄrztInnen wird dieses Phänomen noch verstärkt. Aus diesem Grunde ist es für diese Arbeit sinnvoll von biomedizinischem Personal im Allgemeinen zu sprechen.

Beginnen möchte ich mit der Darsellung der Autoritätstheorie, die – wie wir sehen werden – im Verlauf dieser Arbeit immer wieder eine Rolle spielen wird.

3.1. Autorität in der Biomedizin

Autorität ist „the possession of some status, quality, or claim that compels trust or obedience.“(Lukes 1978:642 zit nach Starr 1982:9). Im besten Falle basiert dieser Gehorsam auf der Zustimmung der Untergeordneten zu ihrer Unterordnung, bei Ungehorsam aber behalten sich die Inhaber von Autorität das Recht vor, Konsequenzen zu ziehen, deren Ausmaß variieren kann. Starr teilt Autorität in 2 Formen der Kontrolle ein.

Die erste Form ist die **kulturelle Autorität** oder Legitimität, die auf von Herrschenden und Beherrschten geteilten Werten und Normen beruht (vgl. Starr 1982:13). Kulturelle Autorität definiert und konstruiert Realität und kann deshalb auch in schriftlicher Form vorliegen (wissenschaftliche oder religiöse Texte)(vgl. Starr 1982:13). Kulturelle Autorität kann auch mit dem Terminus „Hegemonie“ bezeichnet werden. Diese erste Form der Autorität nach Starr soll nun ausführlicher besprochen werden. Die CMA adaptierte das Konzept der Hegemonie nach Antonio Gramsci, das, nach Femia, wie folgt definiert wird. „Hegemony [...] signifies the control of social life (by a group or a class) through cultural, as opposed to physical, means.“(Femia 1983:346). Wichtig ist dabei, dass die Beherrschten Werte und Normen der herrschenden Klasse teilen und ihrer Unterdrückung zustimmen (ebd).

Gramsci teilt den marxistischen Überbau in 2 Ebenen ein: Zivilgesellschaft und Po-

litische Gesellschaft. Ersteres sind private Institutionen, die von der herrschenden Klasse kontrolliert werden und Ideologien weitergeben. Zur Zivilgesellschaft gehören bspw. Schulen oder die Medien. Zur Politischen Gesellschaft gehören Organe des Staates bzw. öffentliche Institutionen (Polizei, Gerichte, Regierung, etc.), die direkte Herrschaft – wenn nötig, auch mit Hilfe von Gewalt – ausüben (vgl. Femia 1983:348).

Der Staat setzt sich aus diesen beiden Komponenten zusammen und ist somit „[...]hegemony protected by the armour of coercion.“(Gramsci 1971:263 zit. nach Femia 1983:348). Für die CMA ist nicht so sehr die Staatsgewalt, als vielmehr die hegemoniale Praxis der Zivilgesellschaft als Konzept verwendbar, und zwar auf 2 Ebenen. Die Dominanz der Biomedizin über alternative Medizinsysteme innerhalb einer Gesellschaft setzt den Konsens über Grundannahmen von Krankheit und Gesundheit im oben vorgestellten technokratischen Modell voraus (vgl. Baer/singer/Susser 2003:329; Singer/Baer 1995:68,82).

Janzen (2002) stellt 3 Formen von Medizinischem Pluralismus vor. Zunächst und am häufigsten gibt es ein institutionalisiertes, offizielles, legales Medizinsystem (eine „Schulmedizin“), zu dem alle anderen in einer Gesellschaft existierenden Medizinsysteme alternativ sind (vgl. Janzen 2002:233ff).

In einem zweiten eher seltenen Typ von Medizinpluralismus stehen zwei oder mehrere Medizinsysteme auf der gleichen Stufe und sind sozusagen gleichwertige Partner bzw. getrennte gleichberechtigte Systeme innerhalb einer Gesellschaft (ebd.).

Die dritte Form des Medizinpluralismus beschreibt ein System in dem Techniken der Diagnosestellung und Behandlung von einem System in das andere (und eventuell vice versa) übernommen werden (ebd.). Der Anthropologe Charles Leslie (vgl. Leslie 1992 zit. nach Janzen 2002:236) bezeichnet diese Form als „Medizinischen Synkretismus“.

Westliche Biomedizin kann auf einer zweiten Ebene als globales Medizinsystem be-

3. Theoretische Konzepte zur Annäherung an das Thema

zeichnet werden. Aufgrund der Wirksamkeit der kurativen Medizin, aber auch durch die Verbreitung des industriellen Kapitalismus als Weltwirtschaftssystem, v.a. durch Imperialismus, hat die Biomedizin die Welt erobert (vgl. Singer/Baer 1995:68). Dabei diente u.a. die Biomedizin den verschiedenen Kolonialregierungen als Mittel der Unterdrückung, was z.B. ihre kurative Orientierung zeigt (vgl. Baer/Singer/Susser 2003:330f; Onoge 1975:226). Biomedizinische Einrichtungen dienten – soweit der einheimischen Bevölkerung überhaupt Zugang gewährt wurde – vorrangig der Wiederherstellung der Arbeitskraft (vgl. Navarro 1974:267ff zit. nach Waitzkin 2000:50). Durch die Ausbeutung von Rohstoffen und Humankapital wurden und werden Entwicklungsländer daran gehindert ein funktionierendes Gesundheitssystem zu etablieren (vgl. Waitzkin 2000:50). Die Elite, mit der sich auch biomedizinisches Personal identifiziert, tendiert dazu die Ideologie des Westens zu übernehmen und grenzt sich so von den unteren Schichten ab (vgl. Onoge 1975: 224). Oft werden traditionelle Vorstellungen und traditionelle Medizin als irrational angesehen. Bildung und Aufklärung durch biomedizinisches Personal soll diesem „Irrglauben“ ein Ende machen und die Dominanz der Biomedizin bestärken, bspw. indem Kranke nicht zum traditionellen Heiler, sondern ins Krankenhaus gehen (ebd:221ff). Hier muss ich jedoch anmerken, dass die Ergebnisse meiner Feldforschung damit nicht übereinstimmen. Obwohl sich biomedizinisches Personal anfangs von der traditionellen Medizin distanzierte, konnte ich durch Beobachtung herausfinden, dass eine Anwendung der traditionellen Praktiken auch unter biomedizinischem Personal weit verbreitet ist. Hinsichtlich biomedizinischer Einrichtungen besteht jedoch das Problem des Zugangs, der finanziell oder geografisch begrenzt sein kann (vgl. Falola 1992:6). Aufgrund dieses begrenzten Zugangs gibt es eine weite Verbreitung von Selbstmedikation und dem Verkauf von Medikamenten, die oft noch gefälscht oder abgelaufen sind, durch ungeschultes Personal (ebd.:12). Auf der anderen Seite brachte das Kolonialsystem neue Krankheiten v.a. in den Bereichen der Ernährung und der Arbeit

(Stress, chronische Krankheiten) mit sich (ebd.:8ff).

Mit welchen Mitteln wird nun biomedizinische Hegemonie etabliert bzw. manifestiert? Durch die Basisannahmen der Biomedizin, wie die Trennung von Körper und Geist und der naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Biomedizin, kommt es zu einer generellen **Leugnung des Einflusses von sozialen Faktoren** auf Krankheit und Gesundheit (vgl. Singer/Baer 1995:76). Krankheit „[...is] constituting a physical reality, a natural entity separate from human consciousness.“(ebd.). Soziale Beziehungen werden als Krankheitsursache bzw. auch als krankmachender Faktor vernachlässigt (ebd.:77). Michael Taussig wendet den Terminus Reifikation (Verdinglichung von sozialen Beziehungen) für die Biomedizin. Die scheinbare „Objektivität der Tatsachen“ um uns herum repräsentiert Hauptannahmen unserer Kultur und handhabt die inherenten Widersprüchen in der Kultur (vgl. Taussig 1980:3). Andererseits kann es auch zu einer Somatisierung kommen. Gerade in kapitalistischen Gesellschaften drücken Mitglieder der Arbeiterklasse ihre soziale Unzufriedenheit durch Verkörperlichung sozialer und psychischer Probleme aus (vgl. Kleinman 1986 zit. nach Singer/Baer 1995:88).

Eine weitere Dimension der Leugnung von Sozialem in der Biomedizin ist die Privatisierung von Krankheit und die Depolitisierung sozialer Themen. Um eine Hinterfragung des kapitalistischen Systems zu verhindern, werden soziale Missstände verdeckt. Privatisierung von Krankheit richtet den Fokus auf die Beteiligung des Individuums an dessen Krankheitszustand und verschleiert soziale Belange (vgl. Singer/Baer 1995:76f). Hier wird oft auch der Begriff „Healthism“ verwendet. Die/Der Kranke wird selbst für ihre/seine Krankheit verantwortlich gemacht (ebd.:79). Zur Veranschaulichung möge folgendes Zitat dienen:

„It is a failure on the part of the worker to modulate job-related stress or get a more relaxing job that is primarily to blame for heart disease and

3. Theoretische Konzepte zur Annäherung an das Thema

stroke and not the worker's lack of control over the production process, the clock, or the job market. It is the individual inability to control one's eating habits rather than a food industry that makes it difficult *not* to be overweight that explains widespread obesity [...].“(Singer/Baer 1995:79).

Gerade in ärmeren Ländern spielen aber z.B. makrosoziale Beziehungen eine große Rolle. Singer und Baer geben das Beispiel von „comerciogenic diseases“, also durch Marketing verursachte Krankheiten. Multinationale Pharma-Konzerne verkaufen nutzlose oder schädliche Medikamente in Entwicklungsländern, nachdem ihr Vertrieb in Industrieländern verboten worden ist. Unter diesen Punkt fällt auch Mangel- oder Fehlernährung, die als direktes Ergebnis der ausbeuterischen Beziehungen zwischen Industrieländern und Entwicklungsländern bezeichnet werden kann (ebd.:78).

Scheinbar gegenläufig zur Leugnung sozialer Belange ist das Konzept der **Medikalisierung**. Dabei werden immer mehr soziale Bereiche ins Feld der Biomedizin gerückt. Große Bereiche sind hier zum Beispiel Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung oder Stress Management (ebd.:80f). Hier liegt der Fokus wieder auf dem Individuum, welches mit Stress umgehen lernen muss, und nicht auf der Reduktion von Stressauslösenden sozialen Strukturen, die es ja zu reproduzieren gilt. Somit löst sich der scheinbare Widerspruch zur Leugnung sozialer Belange auf.

Für die Dominanz der Biomedizin über andere medizinische Systeme verwenden Singer und Baer auch den Begriff Ethnozentrismus. Das ist

„[...] a group's tendency to assume that its values are God-given, right and proper, or natural rather than a set of useful and situationally acquired preferences: this is *the way* to behave rather than this is *our way* of behaving (at this particular moment in time and space).“(Singer/Baer 1995:87, Hervorhebung im Original).

Senah (2002) wendet das Konzept des Ethnozentrismus auf die klinische Interaktion an. Sowohl PatientInnen, wie auch ÄrztInnen, haben eine ethnozentrische Haltung, die in einer feindlichen Atmosphäre ihrer Begegnung endet (vgl. Senah 2002:44f). Dies wird noch ausführlicher im nächsten Kapitel dargestellt.

Starr gibt auch noch eine zweite Autoritätsform an, die **soziale Autorität**. Sie gründet auf der Abhängigkeit der Untergebenen von der Autorität ausübenden Person bzw. Institution. Dabei reicht schon allein die Angst vor negativen Konsequenzen, um Gehorsam zu erwirken (vgl. Starr 1982:9f). Denn Autorität, die Zwang ausübt, hat versagt (vgl. Arendt 1961:93 zit nach Starr 1982:9).

Diese beiden Autoritätsformen können, müssen aber nicht Hand in Hand gehen (vgl. Starr 1982:13f). Bspw. können Jugendliche die Werte ihrer Eltern in Frage stellen (Legitimität), aber trotzdem gehorchen (Abhängigkeit, Angst vor Strafe). Ebenso kann eine Respektsperson (Legitimität) Thematiken ansprechen, über die sie keine formale Gewalt (Abhängigkeit) hat (ebd.).

Autorität bedeutet die Aufgabe des eigenen Urteils aufgrund der größeren Kompetenz der Autoritätsperson und macht es für diese unnötig, ihre Handlungen zu erklären. Starr nennt dies eine Abkürzung dahin, wo Vernunft oder Zwang hinführen soll. Biomedizinisches Personal und vor allem ÄrztInnen verfügen über eine solche Kompetenz (ebd.:10ff). Kranke sind aufgrund ihres Zustandes oft sehr empfänglich dafür, ihre Verantwortlichkeit abzugeben, mehr noch da MedizinerInnen hohe moralische Werte, wie die Wertschätzung von Gesundheit als höchstes Gut, zugeschrieben werden (ebd.:3f).

In Bezug auf die beiden Formen von Autorität besitzen ÄrztInnen sowohl kulturelle, als auch soziale Autorität. Zwar gibt es normalerweise in der Medizin keine Zwangsmaßnahmen, eine Abhängigkeit drückt sich jedoch auf anderen Wegen aus (ebd.:10ff). Gerade in der Medizin sind die Konsequenzen bei Nicht-Befolgung eines

3. Theoretische Konzepte zur Annäherung an das Thema

ärztlichen Rates gravierend (Schmerz, Tod)(vgl. Starr 1982:14). ÄrztInnen verfügen auch über die Medizin hinaus über Autorität. Bescheinigungen für verschiedenste Zwecke (AmtsärztInnen, Einstufung von Behinderung(en), Urteil über die Tauglichkeit für bestimmte Berufe, etc.) unterliegen dem Ermessen von ÄrztInnen. Dieses „*medical gatekeeping*“ kann zu erheblicher Abhängigkeit führen (ebd.:11; Singer/Baer 1995:86). Starr gibt noch die Möglichkeit einer emotionalen Abhängigkeit an, bei der PatientInnen eine lang anhaltende Beziehung zu z.B. HausärztInnen nicht abbrechen wollen, obwohl sie ambivalente Gefühle seiner oder ihrer Kompetenz gegenüber haben (ebd.:11). Eine andere Art von sozialer Autorität ist die, die ÄrztInnen über ihre Untergebenen – also biomedizinisches Personal wie KrankenpflegerInnen – ausüben (vgl. Starr 1983:9).

Kulturelle Autorität von MedizinerInnen gründet sich v.a. auf professioneller Autorität (vgl. Starr 1982:3ff). Wie schon erwähnt, sieht sich Biomedizin in einer naturwissenschaftlichen Tradition. Westliche Wissenschaft vertritt einen universellen Wahrheitsanspruch über die Erklärung von Realität (vgl. Janzen 2002:188). Biomedizin nimmt hier einen speziellen Status ein, da sie sich zwischen Wissenschaft und persönlicher Erfahrung (der PatientInnen) bewegt, sie eine angewandte Wissenschaft ist (vgl. Starr 1982:5f).

Professionalität beinhaltet 3 Aspekte, auf die sich ihre Autorität stützt.

1. Das Prinzip der Kollegialität: Wissen und Kompetenz werden von Fachpersonal überprüft. Wichtig ist hier der Rückhalt der ärztlichen Gemeinschaft, die wesentliche Standards aufrecht erhält.
2. Wissenschaftlichkeit: Wissen und Kompetenz basiert auf Rationalität, Objektivität, wissenschaftlichen Standards.
3. Moral: Es gibt eine Orientierung an wesentlichen Werten wie Gesundheitserhaltung (ebd.:15).

3.1. *Autorität in der Biomedizin*

In der biomedizinischen Praxis (also in der konkreten Begegnung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen) geht kulturelle Autorität immer der sozialen voraus. Das Recht Krankheitszustände zu interpretieren oder Krankheiten zu benennen (Diagnosestellung) gibt dem Arzt/der Ärztin erst das Recht zu handeln. Dabei lässt sich feststellen, dass Personen aus höheren Schichten tendenziell eher aufgrund der kulturellen Autorität ärztliche Vorgaben erfüllen (ähnliche Grundwerte, größere Entscheidungsfreiheit durch die Möglichkeit auf private ÄrztInnen auszuweichen) und Personen aus unteren Schichten einer größeren Abhängigkeit unterlegen sind (ebd.:11ff).

Max Weber unterteilt Autorität nach der Erklärung von Autorität. Traditionelle Autorität gründet sich zum Beispiel auf Tätigkeiten, die „immer schon so gemacht wurden“. In einem Medizinsystem können aber auch medizinische Texte zur Tradition gehören. Ein Lehrer oder Professor, dessen Wort Gesetz ist, verkörpert ebenso traditionelle Autorität.

Rational-legale Autorität ist unpersönlich, objektiv und auf Gesetze oder Regeln bezogen. Oft verbunden mit einer Regierung oder einem Unternehmen ist diese Autoritätsform strenger und hierarchischer als die anderen beiden. ÄrztInnen durchlaufen eine strenge Ausbildung, in der sie ihre Kompetenz erwerben, die daraufhin laufend überprüft wird. PatientInnen vertrauen nicht der Ärztin/dem Arzt als Person, sondern dem System, das sie/ihn geschaffen hat.

Charismatische Autorität bezieht sich immer auf eine bestimmte Person, der übernatürliche Fähigkeiten und/oder Eigenschaften nachgesagt werden. Dabei wird die Autorität nicht von der Person selbst, sondern durch ihre Anhängerschaft, die ihr eine höhere Position zuschreiben, geschaffen (vgl. Weber 1964 zit. nach Janzen 2002:221ff).

3.2. Rollentheorie in der Biomedizin

Der Vater dieser Theorie ist der amerikanische Soziologe Talcott Parsons, nach dem ich mich zunächst auch richten werde. Die Rollentheorie in der Medizin wirft Licht sowohl auf verschiedene Merkmale der Personalrollen und der PatientInnenrolle, als auch auf die Beziehung der beiden AkteurInnengruppen zueinander. Zuerst sollen die unterschiedlichen Rollen der Beteiligten in der klinischen Situation dargestellt werden.

Die ärztliche Rolle

Die ärztliche Rolle ist eine professionelle Rolle, d.h. sie ist institutionalisiert, verfügt über gewisse überprüfbare Standards und beinhaltet eine formale Ausbildung (Parsons 1951:434). Die Professionalität des ÄrztInnenberufes war schon an anderer Stelle Thema und soll hier nicht noch einmal aufgegriffen werden.

Nach Parsons (1951:434ff) beinhaltet nun die Rolle von ÄrztInnen 4 Aspekte:

1. Universalismus: Alle werden versorgt.
2. Spezifität der Funktion: ExpertInnenstatus bezieht sich auf ein bestimmtes Feld, z.B. Pädiatrie oder auch die Pflichten eines/r DiplomkrankenschwesterIn.
3. Affektive Neutralität: Die von der Naturwissenschaft geforderte Objektivität und Rationalität verlangt eine Vermeidung emotionaler Involviertheit.
4. Kollektivorientierung: Das Wohlergehen der PatientInnen steht an oberster Stelle (vgl. Parsons 1951: 434f).

In Anbetracht der Orientierung dieser Arbeit an der CMA, möchte ich kurz die Verbindungspunkte erläutern. Parsons geht wie die CMA von einem kurativen Ansatz der Biomedizin aus (vgl. Davis-Floyd/St.John 1998:15ff; Parsons 1951: 429f). Seit

3.2. Rollentheorie in der Biomedizin

einiger Zeit kann man aber auch einen Trend hin zur Präventivmedizin feststellen (vgl. Parsons 1951: 429). Hieraus werden sich wahrscheinlich einige Veränderungen in beiden Theorien ableiten. Die Prinzipien Parsons' beinhalten auch jeweils einen Aspekt von kultureller Autorität. Universalismus spiegelt die Unterdrückung anderer Medizinsysteme wider. Denn die wohltätige Geste, alle behandeln zu wollen, impliziert gleichzeitig einen Glauben an Universalität, alle sollen nach biomedizinischen Maßstäben versorgt werden.

Dies bringt uns zu den nächsten beiden Punkten. Die naturwissenschaftliche Tradition der Biomedizin erlaubt ihr diesen Universalitätsanspruch – den ja auch die Naturwissenschaft selbst einnimmt – durch ihre Standards der Objektivität und Rationalität (vgl. Davis-Floyd/St. John 1998: 17; Parsons 1951:434f). Die Abtrennung von Gefühlen in der Beziehung zwischen biomedizinischem Personal und PatientInnen ist auf die kartesianische Trennung von Körper und Geist zurückzuführen. Geistiges, Emotionales sollte möglichst aus der Behandlung von Krankheiten (nicht PatientInnen) ferngehalten werden (vgl. Davis-Floyd/St. John 1998:17ff).

Dazu dient auch die zunehmende Spezialisierung in der Biomedizin. SpezialistInnen sehen ihre PatientInnen häufig nur einmal, was eine persönliche Involviertheit a priori ausschließt. Die Spezifität der Funktion kann aber auch – wie Parsons (1951:456) einwendet – umschlagen in eine generalisierte Weisheit, durch die die Ärztin/der Arzt kulturelle Autorität über die PatientInnen ausübt, also Ideologie vermittelt. Die Kollektivorientierung zeigt sich in der schnellen Wiederherstellung der Gesundheit bzw. der Arbeitskraft der PatientInnen um sie ihren üblichen Rollen wieder zuzuführen oder auch in dem Management von Störungen in der Sozialstruktur (vgl. Navarro 1974:267ff zit. nach Waitzkin 2000:50).

3. Theoretische Konzepte zur Annäherung an das Thema

Die PatientInnenrolle

Die Rolle der/s Kranken besteht ebenfalls aus 4 Erwartungshaltungen bzw. Verhaltensregeln:

1. Ausgliederung aus normalen Rollenerwartungen (z.B. Erwerbstätigkeit)
2. Abgabe der Verantwortung (es muss für die/den Kranke/n gesorgt werden)
3. Krankheitszustand wird als nicht erstrebenswert angesehen (die/der Kranke muss geheilt werden wollen)
4. Suche nach technischer, kompetenter Hilfe (meist die einer Ärztin/eines Arztes, mit der/dem PatientInnen kooperieren sollen)(vgl. Parsons 1951:436f)

Die CMA und auch Parsons bezeichnen Krankheit als Störung bzw. Einschränkung in der Ausübung der üblichen Rollenerwartungen an ein Individuum. Der Normalzustand soll schnellstmöglich wiederhergestellt werden. Dabei ist Krankheit ein gesellschaftlich gefahrloser Umgang mit sozialen Problemen, die, wie schon erwähnt, individualisiert, psychologisiert oder somatisiert werden und so die Gesellschaftsordnung nicht herausfordern (vgl. Davis-Floyd/St.John 1998:18ff; Waitzkin 2000:49f; Parsons 1951:431f).

Parsons zweiter Punkt muss kritisch gesehen werden. In der CMA bleibt die Verantwortung bei der Patientin/beim Patienten. PatientInnen wird einerseits oft für ihre Krankheit die Schuld übergeben (bspw. Lungenkrebs bei Rauchern), andererseits haben sie die Auflage mit ÄrztInnen zusammenzuarbeiten (bzw. ihrem Rat Folge zu leisten) um wieder gesund zu werden, wie auch Parsons angibt (vgl. Singer/Baer 1995:76f, Parsons 1951:437). Die Situation ist laut Parsons für PatientInnen insofern schwierig, als dass sie einerseits durch Hilflosigkeit, wenig technischer Kompetenz und einem problematischen emotionalen Zustand in der Krankheit leichte Opfer

für Ausbeutung sind (aufgrund der hohen moralischen Status von ÄrztInnen in der westlichen Gesellschaft wird dieses von vorne herein ausgeschlossen), andererseits sind PatientInnen aufgrund ihrer Krankheitssituation oft empfänglich für irrationale Vorstellungen und Praktiken, die auch in der Biomedizin nach wie vor zahlreich vorhanden sind (vgl. Parsons 1951:445f).

In der Beschreibung klinischer Situationen fehlt uns nun noch eine wesentliche Gruppe von AkteurInnen, die KrankenpflegerInnen. Parsons geht nicht im Speziellen auf diese Gruppe ein, doch ein kurzer Blick auf die Situation im Krankenhaus lässt einen großen Einfluss von Pflegekräften nicht verleugnen. Johann J. Rohde (1974) beschäftigt sich auf Parsons aufbauend auch mit der Rolle von KrankenpflegerInnen. Rohde übernimmt die 4 Rollen Aspekte der ÄrztInnenschaft für Pflegekräfte. Dabei spricht er hier eher von Parallelen als von Deckungsgleichheit. In der Unterscheidung zwischen ÄrztInnen und PflegerInnen geht es vor allem um die fachlichen Inhalte der Tätigkeit und nicht um Rollenmerkmale bzw. Zielsetzungen (vgl. Rohde 1974:277ff). Gerade die Aspekte des Universalismus und der Kollektivorientierung sind dem Krankenpflegeberuf als solchem inhärent, da sich diese Berufsgruppe aus der christlichen Orientierung an Nächstenliebe entwickelt hat (vgl. Rohde 1974:279ff). Der Aspekt der emotionalen Neutralität scheint im ersten Augenblick für den Pflegeberuf nicht zuzutreffen, da PflegerInnen sich ja gerade auch um den seelischen Bereich in der Biomedizin kümmern. Bei genauerer Betrachtung hingegen ist genau diese emotionale Neutralität dafür essentiell. KrankenpflegerInnen sollen *allen* PatientInnen unabhängig von Sympathie oder Antipathie die gleiche Pflege und damit auch seelische Unterstützung zuteil werden lassen (ebd.:296).

Rohde (1974:288ff) unterteilt die Funktion des Pflegepersonals grob in Grundpflege und Behandlungspflege im Bezug auf die Spezifität der Funktion von Pflege. Grundpflege umfasst zahlreiche routinemäßige, aber auch nicht routinierte Tätigkeiten und bezieht sich nicht primär auf biomedizinische Maßnahmen. Dazu gehört bspw. das

3. Theoretische Konzepte zur Annäherung an das Thema

Umlagern von PatientInnen, Essen eingeben, Waschen, etc., aber auch Kontakte zur Welt außerhalb der biomedizinischen Einrichtung zu ermöglichen (telefonieren, etc.) oder persönlicher Zuspruch. Rohde geht davon aus, dass sich dieser Teil der Pflege aus dem familiären Bereich entwickelte, in einer Gesellschaft, in der immer mehr Aufgaben zur beruflichen Tätigkeit werden und die Bedeutung der Familie bei diesen Tätigkeiten zurückgesetzt wird. Die hier immanente mutterähnliche Funktion der Pflege ist nur wenig spezifisch, da auch Aufgaben übernommen werden, die nicht auf der biomedizinischen Ausbildung beruhen, sondern eher auf Mitmenschlichkeit (ebd.). Die vorwiegend weibliche Besetzung des Pflegeberufes trägt dem Rechnung. Der zweite Teilbereich der Pflege ist die Behandlungspflege, die sich auf biomedizinische Maßnahmen bezieht (Fieber oder Blutdruck messen, Medikamente verabreichen, Injektionen, etc). Hier wird Pflege zur Hilfsdisziplin der Biomedizin. Pflegepersonal untersteht dem ärztlichen Personal. May(1993:223ff) sieht, im Gegensatz zur ärztlichen Rolle der Diagnostizierung und Entscheidung über die Behandlung einer Krankheit, Pflegekräfte als ausführende Organe ärztlicher Anordnungen, aber ebenfalls als Korrektiv derselben. KrankenpflegerInnen akkumulieren in ihrer Ausbildung genau so viel biomedizinisches Wissen (ihren beruflichen Pflichten entsprechend) um die Entscheidungen von ÄrztInnen zu hinterfragen und ggf. nicht auszuführen um sie nochmals abzuklären (ebd.)

Pflegerisches Handeln ist zum Einen regelgeleitet, d.h. es gründet sich in fachlicher Kompetenz und biomedizinischem Fachwissen. Zum Anderen wird auf traditionelles Wissen zurückgegriffen. Vor Allem routinemäßige Arbeiten werden so ausgeführt wie sie andere (evtl. ältere) Pflegekräfte auch ausführen oder Tätigkeiten werden zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgeführt, weil es immer schon so war (Olbrich 1999:54ff). Einzelne Situationen werden aber auch aufgrund der spezifischen AkteurInnen beurteilt und ein individueller Pflegeplan erstellt (ebd.).

3.3. Rituale in der Biomedizin

Rituale geben Sicherheit. In der Biomedizin, wo PatientInnen aus ihrer normalen Rolle heraustreten und wo die gesellschaftlichen Regeln schwanken, wird durch Rituale der Anschein von Ordnung, Stabilität und Kontrolle erweckt. Oft sind Ergebnisse von Untersuchungen und Therapien recht unsicher, sogar für ÄrztInnen. Der rituelle Ablauf von Handlungen in der Biomedizin und seine Aura der Sicherheit und Kontrolle sind also auch für das biomedizinische Personal wichtig (vgl. Davis-Floyd/St. John 1998:32). In der Kultur- und Sozialanthropologie sind Ritualtheorien schon lange ein wichtiges und großes Thema. Es gibt einige recht unterschiedliche Ansätze auf diesem Gebiet, auf die im weiteren nicht näher eingegangen werden soll¹. Dabei kann meiner Meinung nach eine grobe Einteilung getroffen werden zwischen Theorien, die den Begriff Ritual nur für außergewöhnliche religiöse (heilige) Zeremonien verwenden, und andererseits jenen Theorien, die den Ritualbegriff im weiteren Sinne auch auf säkulare Praktiken beziehen. Da ich mich in dieser Arbeit mit der biomedizinischen Praxis beschäftige, werde ich mich hier nach der letzteren Tradition richten. Als Basis für meine Ausführungen dient mir der Sammelband „Secular Ritual“ von Sally Moore und Barbara Myerhoff (1977), auf den ich mich im Folgenden beziehe. Zur Definition des Begriffs geben Moore/Myerhoff 6 Merkmale von Ritualen an:

1. Wiederholung: des Anlasses, des Inhaltes, der Form des Rituals
2. Schauspielerisches Handeln: nicht-spontanes, dramaturgisches Handeln
3. Spezielles Verhalten, Stilisierung: Handlungen sind ungewöhnlich oder werden in einer untypischen Situation ausgeführt

¹für einen Überblick über Ritualtheorien siehe das Skriptum „Ritualtheorien“ von Hans Gerald Hödl im Internet unter <http://www.univie.ac.at/religionswissenschaft/ritualtheorien.htm>.

3. Theoretische Konzepte zur Annäherung an das Thema

4. Ordnung: auch spontane oder chaotische Elemente folgen einer gewissen Begrenzung oder einem gewissen Ablauf
5. Evokativer Präsentationsstil, Inszenierung: Personen sind zumindest in einem aufmerksamen Bewusstseinszustand, aussergewöhnliche Bewusstseinszustände können vorkommen
6. Die kollektive Dimension: soziale Bedeutung von Ritualen, das Ritual selbst hat eine soziale Botschaft (vgl. Moore/Myerhoff 1977:7f).

Wie schon erwähnt schaffen Rituale eine Aura von Stabilität in einem Zustand der Unordnung, also einem Zustand ausserhalb des alltäglichen Lebens (vgl. Moore/Myerhoff 1977:17). Eine Krankheit ist für PatientInnen und deren Angehörige eine solche Phase der Unordnung, die ausserhalb der normalen Gesellschaftsordnung (im Krankenhaus zum Beispiel) stattfindet. Dabei laufen Personen in einem solchen Zustand Gefahr die soziale Struktur zu hinterfragen und zu entdecken, dass hinter den von ihnen als wahr und richtig angenommenen „Naturgesetzen“ nur kulturelle Konstrukte stehen (ebd.: 17f). Hier kommen rituelle Handlungen ins Spiel. Sie dienen der Naturalisierung von solchen Konstrukten (ebd.:8). Die Botschaften, die in Ritualen vermittelt werden, sollen nicht hinterfragt werden, und zwar einerseits durch die dahinterstehende unhinterfragbare Ideologie, andererseits durch soziale oder moralische Imperative, die in Ritualen verwendet werden (ebd.:3). Rituale spiegeln die sozialen Strukturen wider, verändern sie oder erfinden neue. Sie sind eingebettet in einen größeren sozialen und historischen Kontext. Die Zusammenhänge von Ideologie und Ritual sind oft verdeckt. Moore/Myerhoff (1977:16f) definieren diesbezüglich 5 Ergebnisebenen von Ritualen:

1. Expliziter Zweck: Bspw. eine Militärparade wird am Nationalfeiertag abgehalten oder die Visite um den Gesundheitszustand der PatientInnen zu verfolgen.

3.3. Rituale in der Biomedizin

2. Explizite Symbole und Botschaften: Anspielungen auf einen größeren kulturellen Kontext, deren Bedeutung gemeinhin bekannt ist.
3. Implizite Aussagen: werden weniger bewusst wahrgenommen; sie sollen soziale und kulturelle Widersprüche andeuten oder verschleiern
4. Betroffene soziale Beziehungen: Die von Punkt 2 und 3 vermittelten Botschaften können in der Praxis unterschiedliche Auswirkungen auf soziale Beziehungen haben, und nicht immer die tendierte.
5. Kultur gegen Chaos: Die kulturelle Ordnung soll aufrecht erhalten werden.

Zu den Ritualen in der biomedizinischen Praxis gehören z.B. die Visite, Operationen, manche hygienische Vorgehensweisen, die Verteilung von Medikamenten, u.v.m.

Eine spezifische Form von Ritualen sind Übergangsriten, *Rites de Passage* (vgl. van Gennep 1909/1981:15). Welche Initiationsriten biomedizinisches Personal durchläuft sehen wir am Beginn des nächsten Kapitels.

3. *Theoretische Konzepte zur Annäherung an das Thema*

4. Drei Themenbereiche der Biomedizin

Um meine Forschungsfrage „Welche Beziehung hat biomedizinisches Personal zum Medizinsystem in Uganda?“ zu beantworten, erschien es mir als hilfreich mein Themengebiet zu unterteilen. Die drei Bereiche, die ich dabei ausfindig machte sind zunächst das Verhältnis des biomedizinischen Personals zur Biomedizin an sich und zum Beruf, dann die Interaktion zwischen biomedizinischem Personal und PatientInnen und schließlich die Beziehungen zwischen den unterschiedlichen MitarbeiterInnen. Im Folgenden sollen diese Schwerpunkte meiner Forschung und dieser Arbeit mit den im letzten Kapitel besprochenen Konzepten in Verbindung gebracht werden, um sie im nachstehenden empirischen Teil anwenden und mit den Ergebnissen zusammenfügen zu können.

4.1. Übergänge – das Verhältnis biomedizinischen Personals zur Biomedizin

Heiler in den verschiedensten Gesellschaften des Globus müssen oft eine langwierige und sie bis an ihre letzten Kräfte treibende Lehrzeit absolvieren, um die Erlaub-

4. Drei Themenbereiche der Biomedizin

nis zu heilen zu erhalten, so wird es auch in der Westlichen Biomedizin gehandhabt. Davis-Floyd und St. John (1998:49ff) beschreiben die ärztliche Ausbildung als Initiationsritual bzw. als *Rite de Passage*. Diese Rituale dienen den Individuen in Zeiten des Überganges von einer Lebensphase zur anderen als Neuorientierung und führen sie in Vorstellungen, Werte und Normen des neuen Lebensabschnittes ein (vgl. van Gennep 1909/1981:15). In der biomedizinischen Lehre werden Studenten zur Denkweise des technokratischen Paradigmas (siehe Kapitel 2) angewiesen. Übergangsriten werden im Allgemeinen in 3 Phasen eingeteilt (vgl. van Gennep 1909/1981:15; Davis-Floyd/St. John 1998:49f).

Die **Trennungsphase** steht am Beginn und sorgt für einen Ausschluss aus dem bis dahin gekannten Gesellschaftssystem. Das Medizinstudium dauert mehrere Jahre und verlangt von Studierenden eine (meist räumliche) Trennung von Altbekanntem (Davis-Floyd/St. John 1998:49). Van Gennep bezeichnet diese Phase als *rite de séparation* (vgl. van Gennep 1909/1981:21).

Die **Liminale Phase**, oder Übergangsphase, treibt die InitiantInnen an ihre Grenzen und bereitet sie auf ihre neue soziale Rolle vor. Van Gennep spricht auch von Schwellen- oder Umwandlungsriten, *rites de marge* (van Gennep 1909/1981:21). Durch physische und psychische Anstrengungen wird die bisherige Weltanschauung der InitiantInnen gebrochen. Zunächst werden alle InitiantInnen auf das gleiche kognitive Level gebracht (Davis-Floyd/St. John 1998:50). Dies passiert durch Symbolische Umkehrung (alte Denkmuster werden gebrochen), Verfremdung (Beginn am unteren Ende der Hierarchie) und durch große Anstrengungen (sich häufig wiederholende Routinetätigkeiten, Auswendiglernen einer großen Menge an Vokabeln, Formeln, etc. im Studium)(vgl. Abrahams 1973 zit.nach Davis-Floyd/St. John 1998:51). Extrem lange Dienstzeiten wähen des Turnus und der ersten Berufsjahre (vgl. Hahn 1995:160) fallen meiner Meinung nach unter diese Phase.

4.1. Übergänge – das Verhältnis biomedizinischen Personals zur Biomedizin

In der dritten und letzten Phase des Übergangsritus, der **Wiedereingliederung in die Gesellschaft**, passiert eine graduelle Angleichung der Realität der InitiantInnen an die Realität des neuen Systems, in diesem Falle des technokratischen Modells der Biomedizin. Die Basisannahmen dieses Modells (Maschinenmetapher, kartesischer Dualismus, emotionale Distanz zu bzw. Objektivierung von Patienten,...) werden internalisiert (vgl. Davis-Floyd/St. John 1998:57ff). Durch den Kontakt mit älteren KollegInnen werden Werte, Verhaltensnormen und Ansichten tradiert (ebd.:61). Diese Phase nennt van Gennep *rite d'agrégation* bzw. Angliederungsriten (vgl. van Gennep 1909/1981:21).

Initiationsriten sind eine Form der Aufrechterhaltung kultureller Normen. Wie anfangs erwähnt, wird in der CMA davon ausgegangen, dass Subsysteme wie die Biomedizin größere gesellschaftliche Zusammenhänge widerspiegeln. Die Mikroebene kann jedoch umgekehrt auch Makrostrukturen beeinflussen (vgl. Waitzkin 2000:160). So trägt die biomedizinische Ausbildung einen Teil dazu bei, Vorstellungen, Werte und Verhaltensmuster einer Gesellschaft aufrechtzuerhalten bzw. zu reproduzieren.

Wie sieht es nun aber mit der Krankenpflegeausbildung aus? Folgt auch sie einem rituellen Ablauf? Die Ausbildung zu Pflegenden ist zeitlich kürzer und weniger selektiv (finanziell, als auch bezüglich Schulbildung und Notendurchschnitt) als eine ärztliche Ausbildung und beinhaltet einen großen Praxisteil innerhalb einer biomedizinischen Einrichtung (vgl. Cockerham 1992:194f; May 1993:224). Es gibt einige unterschiedliche Arten der Krankenpflegeausbildung, die in Dauer und den erlernten Kompetenzen differieren (vgl. Cockerham 1992:195ff). Die Entscheidung zum Berufsziel Krankenpflege wird oft für (besonders weibliche) Mitglieder der unteren Mittelschicht oder der Arbeiterschicht als soziale Aufstiegsmöglichkeit betrachtet (ebd.:197). Fred Davis (vgl. Davis 1972 zit. nach Cockerham 1992:197f) unterteilt die Ausbildung für KrankenpflegerInnen in 6 Stadien.

4. *Drei Themenbereiche der Biomedizin*

1. Anfängliche Arglosigkeit: KrankenpflegeschülerInnen beginnen ihre Ausbildung im Glauben an ein christlich-humanitäres Idealbild der Krankenpflege. In der Krankenpflegeschule hingegen wird die Trennung von Körper und Geist übermittelt und PatientInnen werden als Objekte betrachtet. So kommt es zur
2. Erkenntnis der Nichtübereinstimmung: Die SchülerInnen sind oft enttäuscht; viele brechen sogar die Schule ab. Hat man diese Hürde überwunden, startet das Stadium des
3. Ausflippens: Die SchülerInnen wollen ihren Lehrenden zuvorkommen und ihr bisher akkumuliertes Wissen präsentieren.
4. Rollensimulation: Eine betont objektive Haltung zu PatientInnen soll das Verständnis des fachlichen Wissens und die Beherrschung desselben darstellen. Die SchülerInnen spielen Krankenpflege.
5. Provisorische Verinnerlichung: Die neue Identität als KrankenpflegerIn wird „ausprobiert“ und im letzten Stadium
6. Stabile Verinnerlichung: komplett als Berufsidentität angenommen (vgl. Davis 1972 zit. nach Cockerham 1992:197f).

Unter Anlehnung an Davis-Floyd und St. John (1998,49ff) kann man, neben der biomedizinischen Ausbildung zum ÄrztInnenberuf, auch die Krankenpflegeausbildung als Übergangsritus interpretieren.

Die erste Phase, die Trennung von bis dahin als wahr und natürlich angesehenen Vorstellungen, beginnt mit Eintritt in die Krankenpflegeschule. Das „Zerschmettern“ des in der Gesamtgesellschaft vorkommenden Idealbildes der mütterlich sorgenden, christliche Nächstenliebe lebenden Krankenpflegeperson trennt die frischgebackenen KrankenpflegeschülerInnen von allen bisher gekannten Vorstellungen von

4.1. Übergänge – das Verhältnis biomedizinischen Personals zur Biomedizin

Pflege und gleichzeitig auch von allen Personen, die diese Vorstellungen verinnerlicht haben. Dies wäre das 2. Stadium (Erkenntnis der Nichtübereinstimmung) nach Davis. Stadium 1 nehme ich als Ausgangspunkt an, da die SchülerInnen noch in ihrer ursprünglichen sozialen Rolle integriert sind.

Die Übergangsphase, liminale Phase, ist hier gut gekennzeichnet durch den Begriff „Ausflippen“ (Stadium 3 nach Davis). Die SchülerInnen gehen an ihre Grenzen und testen sie gleichzeitig aus.

Die letzten 3 Stadien nach Davis fasse ich zusammen unter der dritten Phase des Initiationsritus, die Wiedereingliederung in die Gesellschaft als BesitzerIn einer neuen Rolle. Eine graduelle Annäherung ist leicht ersichtlich in den Stadien der Rollensimulation, der provisorischen und der stabilen Verinnerlichung, wobei Letzere die gänzliche Annahme der neuen Rolle manifestiert (vgl. Davis-Floyd/St. John 1998:49ff; Cockerham 1992:197f). So werden also Grundannahmen der Biomedizin in der Ausbildung des Personals verinnerlicht. Eine dieser Grundannahmen ist der kurative Ansatz der Biomedizin.

Auch die koloniale Medizin in Afrika verfolgte eine kurative Orientierung, in der das Krankenhaus als die biomedizinische Einrichtung schlechthin galt (vgl. Bärer/Singer/Susser 2003:331ff). Durch den Einzug der westlichen Biomedizin in kolonisierte Länder fanden auch ihre Prinzipien Eingang in das Krankheitsverständnis der Kolonisierten (vgl. Falola 1992:3). Traditionell kann man für weite Teile Afrikas von einer „Bikausalität von Krankheit“ (vgl. Moseitig-Pauleschitz 1999) ausgehen. Im Allgemeinen wird nach Evans-Pritchard (1937/1978:74f) von natürlichen und übernatürlichen Krankheitsursachen berichtet (vgl. Prinz 1984:143; Feierman/Janzen 1992:2). Dabei handelt es sich bei ersteren bspw. um Infektionen, Umwelteinflüsse, etc. (Prinz 1984:143). Mit Letzteren werden Hexerei, Magie, und Ähnliches in Zusammenhang gebracht (vgl. ebd: 144; Feierman/Janzen 1992:2). Prinz (1984) spricht

4. Drei Themenbereiche der Biomedizin

auch von „gesellschaftsbezogenen“ und „nicht-gesellschaftsbezogenen“ Krankheitsursachen. Auch in meinem Forschungsgebiet in Zentral-Uganda kann man sogenannte „übernatürliche“ Ursachen als auf soziale Beziehungen gegründet bzw. diese widerspiegelnd bezeichnen. Onoge spricht von „[...]tensions or disturbances in social relationships.“(Onoge 1975:220). Diese grobe Einteilung kann nur eine vage Idee von Krankheitsvorstellungen in Afrika geben, denn den PatientInnen stehen diverseste Medizinsysteme zur Auswahl. Das oben beschriebene traditionelle System wurde von verschiedenen anderen medizinischen Tradition wie der islamischen, der christlichen, oder schließlich der biomedizinischen verändert, überlagert, ersetzt (vgl. Falola 1992:4).

Während in der frühen Kolonialzeit Krankenhäuser der weißen Bevölkerung vorbehalten waren, wurde vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg ein System von vorrangig kurativen Einrichtungen etabliert (Falola 1992:4). Nach Falola legt die westliche Biomedizin in Afrika heute ihren Schwerpunkt, wie schon erwähnt, auf kurative Einrichtungen, die sehr teuer und schwer zu erreichen sind, während neue Gesundheitsprobleme aufgrund der Ausbeutungsverhältnisse zwischen der Ersten und der Dritten Welt und der Angleichung an das westliche kapitalistische System hinzukommen (ebd.:5ff).

Seit den 1980er Jahren lässt sich ein neuer Trend hin zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung feststellen. Tonangebend war hier die WHO-Deklaration von Alma-Ata 1978, die die Wichtigkeit von Primärversorgung und der Teilhabe der lokalen Bevölkerung am Medizinsystem erkannt und ein Projektschwerpunkt darauf gesetzt wurde (ebd.:21). Hierauf soll im Kapitel 5.3 noch näher eingegangen werden. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird noch einige Male auf die Einstellung des Personals zur Biomedizin verwiesen, da ja das biomedizinische Personal quasi der kleinste gemeinsame Nenner ist.

4.2. Asymmetrie – Interaktion zwischen biomedizinischem Personal und PatientInnen

Im Bezug auf die konkrete Interaktion zwischen biomedizinischem Personal und PatientIn möchte ich mich Howard Waitzkin anschließen, wenn er fragt: „How [...] do micro-level encounters between individuals maintain and reproduce macro-level structural patterns of domination and oppression?“ (Waitzkin 2000:119). Waitzkin argumentiert im Sinne der CMA, wenn er annimmt, dass soziale Institutionen wie das biomedizinische System die Struktur der Gesamtgesellschaft wiedergeben und grundlegende Werte und Normen bestärken und reproduzieren. Dabei wird die Kontrolle über die Bevölkerung und ihre Arbeitskraft sichergestellt (ebd.:119ff). Die dazu verwendeten Mechanismen wurden an anderer Stelle schon beschrieben. Trotzdem möchte ich das Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen im Bezug auf die im vorherigen Kapitel dargestellten Konzepte näher erläutern.

Die Beziehung zwischen PatientInnen und ÄrztInnen ist von einer inherenten Asymmetrie geprägt (ebd.:124). Hahn bezeichnet sie sogar als paternalistisch (vgl. Hahn 1995:143), was in vielen Fällen durchaus zutreffen mag. Die Ärztin/Der Arzt als ExpertIn in biomedizinischen Belangen weiß, was das Beste für ihre/seine PatientInnen ist (ebd.). Hier möchte ich erinnern an eine Bedingung von Autorität, nämlich die Aufgabe des eigenen Urteils aufgrund des ExpertInnenstatus der Autoritätsperson (vgl. Starr 1982:10f). Diese asymmetrische Beziehung gründet sich aber ebenso auf der sozialen Autorität (Abhängigkeit) der PatientInnen von ihren ÄrztInnen, bspw. durch die Kontrolle der ökonomischen Sphäre der PatientInnen (Gesund- oder Krankenschreibungen) (vgl. Waitzkin 2000:127). Hier bedingen sich 2 Punkte gegenseitig. Einerseits können ÄrztInnen aufgrund ihrer kulturellen Autorität über PatientInnen über ihren eigentlichen Bereich – nämlich die Biomedizin – hinausgehen und ideologische Botschaften vermitteln. Diese Botschaften bestärken das herrschende

4. Drei Themenbereiche der Biomedizin

System und geben den ÄrztInnen andererseits Legitimität, also kulturelle Autorität (ebd.:124).

Die Übermittlung der herrschenden Ideologie ist nur möglich aufgrund der ärztlichen Kontrolle über die klinische Interaktion (vgl. Hahn 1995:169). ÄrztInnen kontrollieren das klinische Gespräch u.a. durch das Unterbrechen der Patientin/des Patienten, durch geschlossene, mit ja und nein zu beantwortende Fragen oder durch Ändern des Themas der Konversation (vgl. West 1984 zit. nach Hahn 1995:169). Dazu gibt es einige interessante Studien¹.

Die Asymmetrie im Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen kann noch zunehmen, wenn abgesehen von der in der Situation inherenten Differenz noch andere Unterschiede bezüglich des Geschlechts, der Gesellschaftsschicht oder der ethnischen Zugehörigkeit² hinzukommen (vgl. Waitzkin 2000:125).

Mit der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beschäftigt sich der Soziologe Kodjo A. Senah (2002:43ff). Dazu verwendet er das Konzept des Ethnozentrismus, das er wie folgt definiert:

„In the most native form of ethnocentrism, a person unrefletively takes his [sic!] own cultural values as objective reality and automatically uses them as the context within which he [sic!] judges less familiar objects and events[.]“ (Senah 2002:45f).

Die unterschiedlichen Zugangsweisen auf der Seite von ÄrztInnen und auf der von PatientInnen bezeichnet er als „klinischen Ethnozentrismus“. Dabei sieht er die klinische Situation von Feindlichkeit zwischen ÄrztInnen und PatientInnen geprägt.

¹u.a. Beckman/Frankel 1984 und Waitzkin 1985

²Waitzkin bezieht sich hier auf das amerikanische Medizinsystem. Für Europa wäre hier wohl eher – bei Migranten – nationale, religiöse oder kulturelle Zugehörigkeit einzusetzen, obwohl ethnischer Zugehörigkeit u.a. auch eine Rolle zukommt.

4.2. Asymmetrie – Interaktion zwischen biomedizinischem Personal und PatientInnen

Durch ihre biomedizinische Ausbildung sehen sich ÄrztInnen vor dem Hintergrund des technokratischen Modells der Biomedizin als NaturwissenschaftlerInnen. Die Entfremdung der ÄrztInnen von den PatientInnen und der Letzteren von ihrem Körper durch die naturwissenschaftliche Ausrichtung der Biomedizin (Trennung von Körper und Geist) distanziert die beiden InteraktionspartnerInnen voneinander. Zur Erläuterung der Rollen der ÄrztInnen und PatientInnen stützt sich Senah auf Talcott Parsons (1951:433ff), dessen Rollentheorie wir schon kennengelernt haben.

Aus den Erwartungshaltungen auf beiden Seiten der klinischen Situation ist eine Dominanz der Ärztin/des Arztes leicht erkennbar. Senah räumt jedoch ein, dass der Grad der Autorität von MedizinerInnen je nach sozialem und historischem Kontext variiert. Er spricht hier von einer Indigenisierung von Biomedizin und erläutert diese anhand des Beispiels Ghana. Durch ihre biomedizinische Ausbildung distanzieren sich ÄrztInnen von ihrer Tradition. Bspw. bezeugen sie Älteren keinen oder wenig Respekt, sie unterlassen das sehr wichtige Grüßen, sie stellen unverblümt persönliche Fragen und halten sich nicht an die traditionelle Gesprächsform. ÄrztInnen kontrollieren das klinische Gespräch durch Verwenden von biomedizinischer Terminologie, die PatientInnen in den allermeisten Fällen nicht verstehen, oder durch Zurückhalten von Information über den Krankheitszustand von PatientInnen. Als biomedizinische ExpertInnen liegt das Interesse von ÄrztInnen ausschließlich an biomedizinischen Belangen, weshalb ein persönliches Gespräch von ihnen (den ÄrztInnen) nicht angestrebt wird, sehrwohl aber von den PatientInnen. Die Entfremdung der ÄrztInnen von der afrikanischen Kultur wirkt sich laut Senah stark auf die Befolgung ärztlichen Rates – auf *compliance* – aus (vgl. Senah 2002:55ff).

Historisch gesehen geht diese Selbst-Assoziation der afrikanischen ÄrztInnen (bzw. der afrikanischen Elite generell) mit der westlichen Kultur einerseits auf eine Wertschätzung der Missionare und Kolonisatoren zurück, die Bildung, Krankenhäuser, etc. brachten (vgl. Onoge 1975:224). Andererseits wird eine „blaming-the-victim-

4. *Drei Themenbereiche der Biomedizin*

Strategie“ auf Seiten der höheren Gesellschaftsschichten aufrechterhalten, so der critical medical anthropologist Omafume F. Onoge(1975:220ff). Damit meint er, dass soziokulturelle Faktoren, also die afrikanische Tradition im Allgemeinen und die traditionelle Medizin im speziellen, für den schlechten Gesundheitszustand bzw. generell für die Unterentwicklung Afrikas verantwortlich gemacht werden. Traditionen werden als Hindernisse auf dem Weg zur Verbesserung des Gesundheitssektors gesehen (ebd.). Onoge bringt es auf den Punkt, wenn er schreibt: „If only the African masses were educated, they would eat balanced diets.“(ebd.:221). Die Konsequenz daraus ist die Aussendung von biomedizinisch trainiertem Personal, das sich einsetzt für Hygieneerziehung und die Aufklärung über „abergläubische“ afrikanische Glaubensvorstellungen. Die Reichweite der Bezeichnungen für traditionelle Medizin reichte von nicht wirksamer Quacksalberei (vgl. Igun 1992:148ff) bis zu Hexerei oder Aberglauben, den die Kolonialregierung auszulöschen suchte (vgl. Kutalek 2003:44). In Uganda wurde 1957 der bis heute gültige „Witchcraft Act“ erlassen, der die Ausübung von Hexerei unter Strafe stellte. 11 Jahre später wurde durch den „Medical and Dental Surgeons Act“ die Ausübung von medizinischen Praktiken durch nicht biomedizinisch ausgebildetes Personal verboten (vgl. Yahaya et al. 2004:3). Die Elite, zu denen auch das biomedizinisch ausgebildete Personal gehört, übernimmt so die Vorstellungen und Werthaltungen der Kolonialregierung, die scheinbar so viel Gutes gebracht hat (wie Bildung oder Medikamente) (vgl. Onoge 1975:224; Igun 1992:151). Dabei wird dem ausbeuterischen und zum Teil gesundheitsschädigenden Charakter des kolonialistischen Systems und dem bis heute andauernden Abhängigkeitsverhältnis afrikanischer Nationen von Industrieländern keine Rechnung getragen (ebd.:222ff). Die Einführung schlechter Arbeitsbedingungen und damit im Zusammenhang stehender neuer Krankheiten durch die Einbindung Afrikas in das kapitalistische Weltsystem hat einen großen Teil zur ökonomischen Ungleichheit beigetragen (ebd.: 224f). Dabei reicht das Spektrum von krank machenden Arbeitsbedingungen,

4.3. Hierarchie – Beziehungen unter MitarbeiterInnen

wie sie z.B. bei Minenarbeitern vorkommen (vgl. Waitzkin 2000:53f), über Fehl- oder Mangelernährung aufgrund der Abhängigkeit von sogenannten „cash crops“ wie Kaffee oder Mais, bis hin zur steigenden Prävalenz von Stress (vgl. Waitzkin 2000:53f). Die Identifizierung biomedizinischen Personals mit westlicher Kultur zeigt sich sowohl in der Beziehung mit PatientInnen – wie auch Senah (2002) argumentiert, als auch in der Aufteilung von Krankenhäusern (vgl. Onoge 1975:219ff). In peripheren Regionen, in denen vermehrt ärmere Menschen leben, ist die Gesundheitsversorgung dürftig, es gibt nur wenige biomedizinische Einrichtungen. In urbanen Zentren kann man ein Gefälle von privaten Kliniken, die meist nur von Mitgliedern der Oberschicht besucht werden, zu öffentlichen Krankenhäusern, die – weil oft billiger, oder gratis – vorrangig von niedrigeren Gesellschaftsschichten genutzt werden, beobachten. In den Letztgenannten tendieren KrankenpflegerInnen dazu die Barrieren, die sie von den PatientInnen trennen, zu betonen³ (vgl. Onoge 1975:230). Klassendifferenzen, aber auch kulturelle (biomedizinisch ausgebildetes Personal vs. eher an Tradition festhaltende Unterschicht) und Geschlechterunterschiede (ebd.) äußern sich in dem von Senah propagierten *klinischen Ethnozentrismus* und tragen zur feindlichen Atmosphäre in der klinischen Situation bei.

4.3. Hierarchie – Beziehungen unter MitarbeiterInnen

Der Soziologe Johann J. Rohde (1974) sieht 2 Arten von Konflikten im biomedizinischen System, besonders in der Organisation Krankenhaus, vertreten.

Zum Einen macht er Zweckkonflikte aus, die sich aus den verschiedenen Zwecken, die

³Onoge spricht hier nur von KrankenpflegerInnen. Ich denke dies trifft aber genauso auf die im Status noch höher stehenden ÄrztInnen zu.

4. Drei Themenbereiche der Biomedizin

ein Krankenhaus erfüllen muss, heraus ergeben (vgl. Rohde 1974:323). Rohde unterscheidet zwischen einem medizinischen, einem pflegerischen und einem administrativen Funktionskreis, die jeweils Sektoren und Subsektoren beinhalten (ebd.:207ff). Durch die unterschiedliche Zweckausrichtung kann es zu Konflikten auf dieser horizontalen Ebene kommen. Die Zwecke eines Krankenhauses fasst Rohde in 6 Punkten zusammen:

1. Die beste Diagnose und Therapie für PatientInnen
2. Die beste dem Zustand entsprechende pflegerische Fürsorge
3. Die dabei notwendige Isolierung zum Wohle der PatientInnen und der Gesellschaft zu garantieren
4. Forschung
5. Ausbildung
6. Die oberen 5 Punkte sollen erfüllt werden ohne Rücksicht auf die Zahlungsfähigkeit der PatientInnen, aber dennoch den wirtschaftlichen Erhalt des Krankenhauses im Auge behaltend (ebd.:323f).

Die ärztliche und pflegerische Aufgabe Individuen die beste Behandlung – ungeachtet der Kosten – zukommen zu lassen, verträgt sich oft nicht mit der verständlichen Forderung der Verwaltung nach Kosteneffizienz, die dem Überleben der Einrichtung dient (ebd.). Zum Anderen stellt Rohde auf der vertikalen Ebene Autoritätskonflikte fest, die ich – da sie für das Thema dieser Arbeit größere Bedeutung haben – nun näher erläutern möchte (ebd.:352ff). Wir haben im letzten Abschnitt schon festgestellt, dass die Rollen von ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen sich in manchen Punkten ähnlich sind und sich in anderen unterscheiden. Die Autoritätsstruktur

4.3. Hierarchie – Beziehungen unter MitarbeiterInnen

im Krankenhaus folgt zunächst formellen vertikalen Kanälen sowohl innerhalb, als auch zwischen den Funktionskreisen (vgl. Rohde 1974:353). So hat zum Beispiel die Ärztin Befehlsmacht über KrankenpflegerInnen oder die Stationsschwester über die MitarbeiterInnen ihrer Station. In dieser formellen Hierarchie gibt es nur wenige Personen, die nur Autorität ausüben oder sie nur empfangen. Meist werden Anordnungen von oben empfangen, aber auch nach unten gegeben (ebd.:352f). Das Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PflegerInnen stellt sich meist wie folgt dar. ÄrztInnen treffen Entscheidungen über die Behandlung von PatientInnen, welche die PflegerInnen ausführen (vgl. May 1993:224). Dem Wissen der ÄrztInnen wird dabei ein größerer Wert, größere Zuverlässigkeit beigemessen als dem Wissen von untergeordnetem biomedizinischen Personal oder PatientInnen. Während der ärztlichen Beobachtung ein objektiver Charakter zugeschrieben wird, wird nicht-ärztlichen Beobachtungen eher Subjektivität nachgesagt (vgl. Hahn 1995:151). Die hierarchische Struktur in biomedizinischen Einrichtungen gründet sich sowohl auf kultureller, als auch auf sozialer Autorität. Alle MitarbeiterInnen befinden die Grundannahmen der Biomedizin für wahr bzw. legitim. Anordnungen von in der Hierarchie über einer/m selbst Stehenden werden aufgrund des Glaubens an ihre größere Kompetenz (durch biomedizinische Ausbildung) akzeptiert (vgl. May 1993:224). Hier spielt Webers rational-legale Autorität, die sich auf Objektivität und regelgeleitetes Handeln bezieht, eine Rolle. Die Anordnungen von höher Gestellten sind rational begründet und können so ruhigen Gewissens ausgeführt werden (ebd.). May (1993:223) betont dennoch den oben beschriebenen Kontrollcharakter der KrankenpflegerInnenrolle. Zusätzlich wird in biomedizinischen Texten, die etwa in der Ausbildung verinnerlicht werden, traditionelle Autorität ausgeübt (ebd.:225).

Die Anwesenheit von sozialer Autorität, also der Abhängigkeit der Untergebenen von der Autoritätsperson bzw. mehreren Autoritätspersonen, versteht sich von selbst. Wie in jedem Betrieb ist man/frau seinen Vorgesetzten Rechenschaft schuldig. Da-

4. Drei Themenbereiche der Biomedizin

bei macht sich diese Abhängigkeit einerseits innerhalb des Funktionskreises Pflege bemerkbar, andererseits auch zwischen Pflegekräften und formal höher stehenden ÄrztInnen.

Rohde sieht aber neben der formalen Hierarchie noch eine andere Form der Autorität im Krankenhaus gegeben. Die informelle Organisation von Autorität orientiert sich zwar an der formellen, ist aber auch von Statusdifferenzen beeinflusst. Gjerberg und Kjolsrod (2001) beschreiben das traditionelle Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PflegerInnen als patriarchalisches Autoritätsverhältnis, das sich nach den gesamtgesellschaftlichen gender-bezogenen Rollenerwartungen orientiert. Der Beruf der Krankenpflege hat sich wie wir schon besprochen haben aus der Mutterrolle entwickelt, andererseits lässt sich aufgrund der Bezeichnung „Krankenschwester“ auch ein Zusammenhang mit Ordensschwestern erkennen (vgl. Rohde 1974:277ff). Dies bedeutet, dass die Ursprünge der Pflege in weiblich dominierten Sphären liegen.

Die universitär ausgebildete ÄrztInnenrolle hat hingegen einen eher männlich geprägten Charakter. Und immernoch sieht der Krankenhausalltag dieselben Muster. Der überwiegende Teil der ÄrztInnenschaft ist männlich, der überwiegende Teil des Pflegepersonals weiblich (vgl. Gjerberg/Kjolsrod 2001:190f).

In seinem Artikel „Male and female: The doctor-nurse game“ beschreibt Leonard I. Stein (1967/1971) die traditionelle Beziehung zwischen Arzt und Krankenschwester⁴. Alle Parteien in diesem „Spiel“ haben dasselbe Ziel, nämlich die Wiederherstellung der Gesundheit der Patientin/des Patienten. Aufgrund der Autoritätsstruktur zwischen Arzt und Krankenschwester kann die Schwester etwaige Bedenken oder auch Behandlungsvorschläge nicht offen äußern. Oben wurde schon erwähnt, dass eine Aufgabe des Pflegepersonals die Kontrolle der ärztlichen Verordnungen ist (vgl.

⁴Stein verwendet die Bezeichnungen „doctor“ und „nurse“. Ich verbleibe in der Übersetzung bei der Dichotomie männlicher Arzt - weibliche Krankenschwester, da diese sehr schön die Autoritätsbeziehung in den Ausführungen Steins widerspiegelt.

4.3. Hierarchie – Beziehungen unter MitarbeiterInnen

May 1993:224). Die Schwester befindet sich nun in einem Zwiespalt. Einerseits soll sie eine gute biomedizinische Praxis sicherstellen, andererseits soll sie die Autorität des Arztes nicht in Frage stellen. Die Lösung des Problems liegt im „Doctor-nurse game“. Die Krankenschwester gibt dem Arzt versteckte Ratschläge, sodass scheinbar die Entscheidung vom Arzt gefällt wird. Die Vorbereitung auf dieses Spiel beginnt schon in der jeweiligen Ausbildung. Während angehende ÄrztInnen ihre Omnipotenz vor Augen geführt wird und sie zu Entscheidungsträgern werden, lernen PflegeschülerInnen Respekt vor eben dieser Omnipotenz und die Einschränkung unabhängiger Handlungen (vgl. Stein 1967/1971:234ff).

Eine höhere Position in der biomedizinischen Hierarchie kann auch mit fortschreitendem Alter erreicht werden (vgl. Gjerberg/Kjolsrod 2001:194). So fanden Gjerberg und Kjolsrod bspw. eine höhere Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals bei älteren Ärztinnen im Gegensatz zu ihren jüngeren Kolleginnen heraus (ebd.:194f). Statusunterschiede entlang von Alter sind eng verbunden mit dem Begriff „Erfahrung“. Dabei ist mit Erfahrung nicht ein subjektives Wissen aufgrund von im Laufe des Lebens erworbenen Fähigkeiten gemeint, sondern die eingeschränktere Berufserfahrung. Bestimmte in der Pflegeausbildung erlernte Qualifikationen dürfen vom Personal z.B. nicht ausgeübt werden. Daher bezieht sich die hier angesprochene Berufserfahrung eher auf handwerkliche Aufgaben, bei Pflegekräften genauso wie bei ärztlichem Personal. Diese sind jedoch oft keine selbst erfahrenen Fähigkeiten, sondern gründen auf Webers traditioneller Autorität („Wir haben das immer schon so gemacht!“)(vgl. Weidmann 2001:31).

Sowohl Rohde (1974:385f), als auch Gjerberg/Kjolsrod (2001: 197f) betonen eine unterschiedliche Umgangsweise in Bezug auf größere oder kleinere Statusdifferenzen. Je größer die Distanz entlang der Statuslinien Geschlecht und Alter (oder auch sozialer Schicht, ethnische oder nationale Zugehörigkeit), desto stärker die Autori-

4. Drei Themenbereiche der Biomedizin

tätsbeziehung zwischen den beiden Parteien. D.h. eine junge Krankenschwester wird gegenüber einem älteren in der Krankenhaushierarchie wohlsituierten Arzt größere Autorität verspüren als gegenüber einer frischgebackenen Ärztin.

Nach dieser ersten Ordnung der Themenbereiche möchte ich nun auf mein konkretes Forschungsfeld eingehen und mich der Geschichte und Gegenwart des biomedizinischen Systems in Uganda widmen.

5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda

In diesem Kapitel möchte ich zum näheren Verständnis der lokalen Gegebenheiten in meinem Forschungsfeld die konkrete Situation in Buganda¹ behandeln. Der Medizinanthropologe und Psychiater Arthur Kleinman unterteilt Medizinsysteme in 3 Sektoren, nämlich den *popular sector*, den *professional sector* und den *folk sector*. Diese Sektoren sind nicht klar voneinander getrennt und überlappen einander unterschiedlich stark. Der *popular sector* ist nicht-professionell, in der familiären Ebene verankert und beinhaltet Denk- und Werteorientierungen der Bevölkerung. Aus diesem Sektor heraus entscheiden PatientInnen und deren Angehörige die weitere Vorgehensweise. Die Laienbehandlung durch PatientInnen oder Familienmitglieder ist ein wichtiger Aspekt des Medizinsystems. Da das Thema dieser Arbeit sich aber vorrangig auf die Biomedizin bezieht, soll dieser Bereich für andere ForscherInnen aufgespart bleiben.

Der zweite Sektor, den Kleinman nennt, ist der organisierte *professional sector*. Oft wird damit in allen Teilen der Welt ausschließlich die Biomedizin bezeichnet. Als professionelle Sektoren werden von Kleinman aber auch bspw. die traditionelle chinesische Medizin oder Ayurveda genannt. Die letzte Komponente der lokalen

¹Buganda ist eines der 4 Königreiche aus denen sich der Staat Uganda zusammensetzt. Die Erhebung der Daten für diese Arbeit habe ich in diesem Gebiet ausgeführt.

5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda

Medizinsysteme ist der *folk sector*. Dieser ist nicht professionell, nicht bürokratisch, aber spezialisiert (vgl. Kleinman 1981:49ff). Dieser Sektor wird von mir in weiterer Folge als traditionelles Medizinsystem bezeichnet, welches am Beginn dieses Kapitels dargestellt werden soll. In Kapitel 5.2 umreißt ich die Geschichte der Biomedizin in Uganda, mit besonderem Fokus auf die Kolonialzeit. Schließlich soll das gegenwärtige Medizinsystem in Uganda behandelt werden.

5.1. Traditionelle Medizin und ihre Praktiker

Der Weltgesundheitsorganisation zufolge kann traditionelle Medizin wie folgt definiert werden:

„Traditional medicine [...] refers to the knowledge, skills and practices based on the theories, beliefs and experiences indigenous to different cultures, used in the maintenance of health and in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illness. Traditional medicine covers a wide variety of therapies and practices which vary from country to country and region to region.[...]“ (vgl. URL 1)

Diese Definition ist relativ weit gefasst. Immerhin würde hier auch die Biomedizin – nach obiger Auffassung – hineinfallen. Natürlich muss die WHO ihre Definition so weit wählen, damit so unterschiedliche Medizinen, wie bspw. die Traditionelle Chinesische Medizin und die Kräutermedizin der Indios in Südamerika, unter einem Begriff zusammengefasst werden können. Dabei soll jedoch angemerkt werden, dass der Terminus „*indigenous*“, also einheimisch, irreführend sein kann. Da keine Kultur in sich geschlossen ist und in vielen – wenn nicht allen – Regionen der Erde ein Austausch verschiedenster Vorstellungen oder Fähigkeiten stattgefunden hat

5.1. Traditionelle Medizin und ihre Praktiker

und stattfindet, ist auch das medizinische System einer Gesellschaft von anderen Kulturen und Medizinsystemen beeinflusst. Im spezifischen Fall von Ostafrika gab es Kontakt mit der indischen und vor allem der arabischen Medizin (vgl. Kutalek 2003:45). Aufgrund dieser Problematik versuche ich im Folgenden eine eigene Definition der traditionellen Medizin im engeren Sinne, d.h. eine Definition mit den für diese Arbeit bedeutungsvollen Merkmalen von traditioneller Medizin.

Unter traditioneller Medizin können jene Kenntnisse, Fähigkeiten und Praktiken verstanden werden, die zu einem gewissen Zeitpunkt im Allgemeinen von der lokalen Bevölkerung und von HeilerInnen selbst dem lokalen medizinischen Erbe zugeschrieben werden.

Durch die ständige Veränderung von Medizinsystemen (in der heutigen Zeit z.B. die Übernahme von Medikamenten oder Praktiken aus der Biomedizin) kann eine „reine“ traditionelle Medizin nicht festgestellt werden. Verschiedene Einflüsse werden in ein Medizinsystem (evtl. auch verändert) übernommen und können oft nicht zurückverfolgt werden. Daher ist es nötig der Fremd- und Selbstzuschreibung von medizinischem Wissen und Fähigkeiten in einer Definition von traditioneller Medizin Rechnung zu tragen. Von einem solchen Synkretismus ist auch die Biomedizin nicht unbeeinflusst. Dies zeigt sich bspw. in der Einbeziehung von Praktiken der traditionellen chinesischen Medizin (wie Akupunktur) in biomedizinische Behandlungen. Arthur Kleinman verwendet hierfür die Termini *Indigenization* (Biomedizin wird dem lokalen Umfeld angepasst) und *Westernization* (Expansion der Biomedizin in nicht-westliche Regionen) (vgl. Kleinman 1981:55f).

Zur folgenden Auseinandersetzung mit dem Thema der traditionellen Medizin in Uganda dienten mir hauptsächlich die Ethnographie über die Baganda von John Roscoe (1911) und die Artikel von Diane L. Zeller (1979a; 1979b).

Wie schon kurz erwähnt gehen Medizinanthropologen von einer „Bikausalität von Krankheit in Afrika“ aus (vgl. Mosetig-Pauleschitz 1999). Üblicherweise wird, nach

5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda

Evans-Pritchard (vgl. Evans-Pritchard 1937/1978:68ff), zwischen natürlichen und übernatürlichen Krankheitsursachen unterschieden. Unter natürlich verursachten Krankheiten können bspw. Infektionen, Wunden oder durch Umwelteinflüsse zustande gekommene Leiden verstanden werden (vgl. Prinz 1984:143). Übernatürliche Krankheitsursachen werden auf Personen (Menschen, Götter/Göttinnen, Geister) zurückgeführt und stehen in Zusammenhang mit Hexerei oder Magie (vgl. ebd.:144; Feierman/Janzen 1992:2). Aufgrund der Verwobenheit von Übernatürlichem mit sozialen Phänomenen kann auch von „gesellschaftsbezogenen“ und „nicht-gesellschaftsbezogenen“ Krankheiten gesprochen werden (vgl. Prinz 1994: 146). Oft sind aber beide Konzepte in der Erklärung von Krankheit inbegriffen (vgl. Kutalek 2003:49). Roscoe (1911:98) spricht für die Baganda² sogar von der ausschließlichen magischen Ursache von Krankheit (durch Geister, Götter/Göttinnen oder Hexerei). Deshalb soll die Heilung einer Krankheit sowohl das Individuum, als auch das Übernatürliche einschließen (vgl. Falola 1992:4). Zeller hingegen (1979b:253) unterscheidet 4 verschiedene Krankheitsursachen bei den Baganda:

1. triviale Krankheiten (obulwadde³) wie Erkältungen
2. europäische Krankheiten (endwadde ez'ekizungu) sind Krankheiten, die (angeblich) von den Europäern nach Buganda gebracht worden sind, wie Malaria oder Lungenentzündung
3. einheimische Krankheiten (endwadde ez'ekiganda) sind v.a. Krankheiten, die durch Hexerei oder Magie verursacht sind
4. todbringende Krankheiten (olumbe) sind nicht heilbare Krankheiten

²Die Bewohner des Königreichs Buganda bezeichnen sich als Baganda (Sg. ein/e Muganda).

³In den biomedizinischen Einrichtungen meiner Feldforschung wurde offiziell nur diese Bezeichnung für alle Arten von Krankheiten verwendet.

5.1. Traditionelle Medizin und ihre Praktiker

Traditionelle Medizin verfolgte hauptsächlich einen kurativen Ansatz, da viele kleinere bzw. triviale Krankheiten durch Mütter oder ältere Familienmitglieder behandelt wurden. Präventivmedizin beschränkte sich auf die Abwehr von vorhergesagten Epidemien oder das Tragen von Amuletten (vgl. Iliffe 2002:10f). Es lässt sich aber ein holistischer Gesundheitsansatz erkennen, durch die Einbeziehung von sozialen und übernatürlichen Phänomenen auf das individuelle Krankheitslevel (vgl. Falola 1992:4f). Krankheit wird von den Baganda in eine größere Kategorie, nämlich Unglücksfälle, eingeordnet. Besser ist zu sagen: Das, was wir im Westen unter Krankheit verstehen, ist bei den Baganda ein Unglücksfall. Diese Kategorie „Unglücksfall“ spannt sich über verschiedene Gebiete. So werden von traditionellen HeilerInnen auch soziale, ökonomische und psychische Probleme behandelt (vgl. Iliffe 2002:9 ;Roscoe 1911:99)

Meist haben Krankheiten auch eine spirituelle bzw. religiöse Komponente. Die Baganda glauben an einen Schöpfergott, *Katonda*, der sich aber aus dem Leben der Menschen weitgehend fernhält.

Daneben gibt es noch kleinere Götter/Göttinnen, die *Balubaale*. Diese Götter und Göttinnen besitzen die Kräfte, Krankheiten zu verursachen oder zu heilen. Oft wurden die *Balubaale* auch mit bestimmten Krankheiten assoziiert.

Misambwa sind bestimmte Ahnen, die in belebten und unbelebten Objekten wohnen. Sie sind oft die Ursache von Unglück und Krankheit.

Die Geister der Toten (*Mizimu*) wurden aber für die Mehrheit der Unglücksfälle und Krankheiten verantwortlich gemacht. Wenn diese nicht genug verehrt wurden oder ein Tabu gebrochen wurde, rächten sich diese Ahnen an ihren Nachkommen.

Krankheitsverursacher können auch Hexen oder Magier sein, im Englischen gemeinhin als „Witchdoctors“ bezeichnet. Diese Hexen/Hexer können von jeder/m beauftragt werden, weshalb auch einzelne normale BürgerInnen beschuldigt werden können, Krankheiten zu verursachen (vgl. Zeller 1979:138ff).

5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda

Wird jemand krank, ist es notwendig Verwandte zu kontaktieren, die dann die Kranke/den Kranken aufsuchen und pflegen. Die eigentliche Krankenpflege jedoch obliegt den weiblichen Mitgliedern der Familie, die Tag und Nacht bei dem/der PatientIn verweilen (vgl. Roscoe 1911:103).

In der ethnomedizinischen Literatur werden traditionelle Heilende oft unterteilt in HerbalistInnen und RitualistInnen. Letztere stehen der Religion näher und setzen den Fokus ihrer Heilhandlungen auf übernatürliche Kräfte. Dies sind zum Beispiel DivinatorInnen oder Medien (vgl. Ignacimuthu et al. 2006:3). Die Bezeichnung He-xerIn bzw. „Witchdoctor“ wird oft für sie verwendet. Auf der anderen Seite stehen die HerbalistInnen, die sich auf die Herstellung und Gabe von Arzneien (aus Kräutern) konzentrieren (ebd.). Eine Assoziation mit den oben beschriebenen natürlichen und übernatürlichen Krankheitsursachen liegt nahe. In der Praxis ist es jedoch ebenso schwer die beiden Praktiken zu trennen, da Krankheit in Afrika wie schon erwähnt beide Komponenten enthält. Deshalb kann diese Trennung nur als Hilfskonzept zum besseren Verständnis durch WissenschaftlerInnen dienen. In vorkolonialer Zeit bestand diese Trennung jedoch nicht (vgl. Prinz 1984:143). Im Laufe meiner Feldforschung wurde mir bewiesen, dass dieses Konzept doch nicht so alltagsfremd ist. Das biomedizinische Personal bedient sich nämlich genau dieser Unterscheidung zwischen HerbalistInnen und „Witchdoctors“. Dies legt nahe, dass die Unterscheidung übernommen wurde, zumindest von Seiten der Regierung und der westlichen Elite. Ob sich Heilende selbst dieser Zweiteilung unterwerfen, konnte von mir jedoch nicht eruiert werden.

Das Wort für HeilerIn in der Sprache der Baganda ist „Omusawo“ (Pl. Basawo). (Übrigens werden ÄrztInnen, wie auch Pflegekräfte, ebenfalls als „Omusawo“ bezeichnet). Jeder Klan⁴ hatte eigene Basawo, die dem religiösen Bereich zugeordnet

⁴Ein Klan ist eine „Familie“, die ihre Wurzeln auf gemeinsame Vorfahren zurückführt. In Buganda gibt es ca. 40 verschiedene Klans (vgl. Roscoe 1911:133).

5.1. Traditionelle Medizin und ihre Praktiker

wurden (vgl. Roscoe 1911:277). Durch ihre Wichtigkeit für alle Gesellschaftsschichten war den Basawo ein hoher Status gegeben (ebd.:278). Heiler sind meist männlich, Frauen spezialisierten sich aber oft auf dem Gebiet der Geburtshilfe oder der Frauen- und Kinderheilkunde (vgl. Iliffe 2002:9).

Die Berufung zum/r HeilerIn erfolgt zunächst meist über verwandtschaftliche Pfade (vgl. Eliade 1951/1975); Zeller 1979:138). Dazu kommt eine so genannte Initiationskrankheit (vgl. Prinz 1986 zit. nach Kutalek 2003:57), die neben Krankheiten auch ökonomische oder soziale Probleme beinhalten kann (vgl. Kutalek 2003:57). Das heißt neben der praktischen Ausbildung durch das Beobachten eines verwandten Heilers (meist in direkter Blutlinie; Eltern oder Großeltern) ist ein Berufungserlebnis essentiell. Dies erklärt sich vor allem auch daraus, dass eigentlich nicht der Heiler/die Heilerin allein seine/ihre Funktion ausübt, sondern er/sie immer von unterschiedlichen übernatürlichen Kräften geleitet wird (vgl. Zeller 1979a:138f).

Zunächst ist die Aufgabe eines/r Omusawo die Ursache der Krankheit oder des Unglückes herauszufinden (vgl. Roscoe 1911:99). Dazu gibt es zwei Möglichkeiten. Zum Einen kann ein Orakel befragt werden. Zum Anderen nehmen HeilerInnen auch die Krankheitsgeschichte der PatientInnen auf, nach der sie ihre Heilhandlungen bestimmen (vgl. Zeller 1979a:140). Bei der Diagnosestellung spielen PatientInnen und deren Angehörige eine aktive Rolle im Gespräch mit dem/der Omusawo (vgl. Kutalek 2003:54). Im Normalfall hat jede/r Kranke eine(n) Angehörige(n) bei sich, die/der für die Pflege zuständig ist (vgl. Juntunen 2001 zit. nach Kutalek 2003:63). Oft wurden PatientInnen ohne solche Angehörige erst gar nicht behandelt. Die Furcht vor schlechter Nachrede beim Tod oder der Verschlechterung des Krankheitszustandes spielt dabei eine Rolle (vgl. Zeller 1979a:138).

Wie kann man sich die Arbeit der Basawo nun vorstellen? Eine Diagnosemethode war, oder ist, zum Beispiel das Schröpfen. Dabei wird das Blut des Patienten oder

5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda

der Patientin an je nach Krankheit unterschiedlichen Stellen mit dem Horn eines Rindes abgeschöpft und in ein Blatt geleert. Das Blut wird dann vom Heiler untersucht (vgl. Roscoe 1911:99). Eine ähnliche Technik erfahren PatientInnen auch in der Biomedizin, wenn nach der Blutabnahme LaborantInnen im Blut nach Malaria-Parasiten oder nach Typhus suchen. Die zweite Aufgabe der Basawo ist die Heilung von Krankheiten (vgl. Roscoe 1911:99). Nach der Feststellung der Ursache der Krankheit muss zunächst die spirituelle Komponente behandelt werden. Dem/Der Omusawo stand ein breites Spektrum an Aktionen zur Verfügung (Gebete, Austreibung von Geistern, Übertragung der Krankheit auf ein Tier, Gerichtsverhandlungen, etc.) (vgl. Zeller 1979a:140). Therapien bestanden oft aus Kräutern, die entweder äußerlich (Salben) oder innerlich (Einnahme) angewendet wurden (vgl. Iliffe 2002:10), aber auch Techniken wie das Hervorbringen von Brandblasen mit kleinen Eisenstäben oder Dampfbäder gegen Fieber wurden praktiziert (vgl. Roscoe 1911:100). Zeller (1979a:141) unterteilt die Arzneien der Baganda in präventiv, kurativ für frühe Stadien der Krankheit und kurativ für fortgeschrittene Stadien. Letztere können oft die Krankheit nicht heilen, verschaffen aber Linderung. Knochenbrüche, Wunden und ähnliches wurden ebenfalls behandelt, obwohl chirurgische Eingriffe nur in Notfällen vorgenommen wurden (vgl. Kutalek 2003:42; Iliffe 2002:10). Dafür gibt es neben den traditionellen „AllgemeinmedizinerInnen“ noch SpezialistInnen. Der/Die *Omusawo we musote* behandelt Schlangenbisse und der *mukozi we ddagala eganda* oder Herbalist ist besonders kundig im Zusammenstellen von Arzneien. Großer Respekt wurde dem *Omusawo muganda muyunzi*, dem „Knochendoktor“, gezollt. Diese SpezialistInnen kümmerten sich um Knochenbrüche und andere Krankheiten des Bewegungsapparates (vgl. Zeller 1979:141).

5.2. Geschichte der westlichen Biomedizin in Uganda

Die noch junge westliche Biomedizin kam Ende des 19. Jahrhunderts vor allem durch Missionsarbeit nach Ostafrika (vgl. Iliffe 2002:16ff). Die evangelische „Church Missionary Society“ gründete das erste Krankenhaus 1897 nach westlichem Vorbild in Mengo, der damaligen Hauptstadt Bugandas (ebd.:19f). Ein vergleichbares staatlich geführtes Krankenhaus entstand erst 1913 auf dem Mulago Hügel, nahe Kampala (ebd.:33). Beide Krankenhäuser gehören auch heute noch zu den wichtigsten Gesundheitseinrichtungen des Landes.

Biomedizinisches Personal bestand zunächst aus Europäern und Indern. Afrikaner wurden nur für „niedere“ Arbeiten ohne Ausbildung eingestellt. Diese afrikanischen Hilfskräfte kamen oft aus den unteren Schichten, da die Krankenhausarbeit als unehrenhaft und unsauber angesehen wurde (ebd.:20), was sie ja oft auch war. Zusätzlich ließ die Bezahlung zu wünschen übrig und es gab praktisch keine Aufstiegsmöglichkeiten (ebd.:23f).

Im ersten Weltkrieg wurde afrikanisches Personal als Sanitäter eingesetzt, dies war das so genannte „Uganda Native Medical Corps“. Ab 1917 wurden in Mengo *Clinical Assistants* ausgebildet, die ebenfalls dieser Eliteeinheit zugewiesen wurden. Sie sollten nach dem Krieg das staatliche Pflegepersonal entlasten, da eine Erweiterung des ländlichen Gesundheitssystems geplant war (ebd.:35ff). Die Aufgaben dieser *Clinical Assistants* bestanden aus Hilfsarbeiten, wie dem Messen von Temperatur, aber auch aus biomedizinischen Tätigkeiten wie dem Verabreichen von Injektionen. In Mulago wurden *Clinical Assistants* auch zum Führen von kleineren Gesundheitseinrichtungen auf dem Land ausgebildet (ebd.:43f). Durch diese Anhebung des Ausbildungsniveaus wurde auch eine Erhöhung des Status von Krankenhausarbeit erreicht und auch andere soziale Schichten entschieden sich für biomedizinische Berufe (ebd.:46).

5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda

1923 startete der erste Ausbildungsjahrgang für Medizin an der noch jungen Makerere Universität in Kampala. Die Absolventen sollten *Medical Assistants* werden. Die Ausbildung hatte einen hauptsächlich kurativen Ansatz mit einem Praktikum in Mulago, schloss aber die Chirurgie aus (ebd.:61ff). Im Laufe der folgenden Jahre wurden die schulischen Voraussetzungen strenger und die Dauer der Ausbildung erhöht. Dies geschah vor allem auch im Streben nach professionellem Status, d.h. nach der Anerkennung als Medizinstudium durch die britische Regierung (ebd.:63ff). Die Studenten von Makerere kamen meist aus der aufstrebenden Elite in Buganda, aus gebildeten Familien, die sich die teure Ausbildung leisten konnten (ebd.:67ff). *Medical Assistants* wurden am Anfang ihrer Karriere in entlegene Gegenden versetzt um dort kleine Krankenhäuser zu führen. Oft kamen ihre Aufgaben (und auch die Ausbildung in Makerere und Mulago) denen von Ärzten gleich, aber bei unangemessen wenig Bezahlung. Dies führte 1945 sogar zu einem Generalstreik (ebd.:84ff). Die Makerere Medical Graduates Association (MMGA) setzte sich für die Rechte der *Medical Assistants* ein und erreichte 1953 die Anerkennung der Absolventen von Makerere als ÄrztInnen (ebd.:93ff).

Die aufstrebende Elite in Afrika, darunter auch biomedizinisches Personal hatte (und hat teilweise immernoch) eine eher abweisende Haltung zur traditionellen Medizin (vgl. Iliffe 2002:56f; Onoge 1975:222). Dies habe ich schon ausführlicher in Kapitel 4.2 besprochen.

Am 9. Oktober 1962 erklärte der Staat Uganda seine Unabhängigkeit von den Briten. Nach der Unabhängigkeit wurde Milton Obote zum Premierminister gewählt. Aufgrund von Spannungen mit dem König von Buganda, Kabaka Mutesa II, führte Obote Mitte der 60er Jahre einen Staatsstreich durch und erklärte sich selber zum Präsidenten (vgl. URL 2). Die 1960er Jahre waren für das Medizinsystem in Uganda eine Blütezeit. Obote ließ Krankenhäuser bauen, die Bezahlung der ÄrztInnen stieg laufend, die Makerere Universität machte sich einen Namen in der Forschung. Eine

5.2. Geschichte der westlichen Biomedizin in Uganda

weitgehende Verstaatlichung des Medizinsystems wurde von der Obote-Regierung angestrebt (vgl. Iliffe 2002:136ff). Auch heute noch erinnern sich ältere Leute mit Wehmut zurück an diese Zeit.

Durch einen Staatsstreich 1971 kam der General Idi Amin an die Macht und etablierte eine Militärherrschaft bis 1979. In einem Umfeld von Gewalt und Korruption verfiel der Staat, die Wirtschaft und auch das biomedizinische System. Viele politisch engagierte ÄrztInnen fielen dem Regime zum Opfer oder verließen das Land. Die große Zahl der indischen ÄrztInnen wurde des Landes verwiesen. Durch die schlechte wirtschaftliche Situation sanken die Ausgaben für das Gesundheitssystem. Gebäude und Ressourcen der Gesundheitseinrichtungen wurden dem Verfall preisgegeben. Biomedizinisches Personal, deren Status in gleichem Maße wie ihre Bezahlung sank, zog sich in den privaten Sektor zurück, wo sie oft Praxen indischer ÄrztInnen übernahmen. Am Ende der Herrschaft Amins war das Gesundheitssystem Ugandas am Tiefpunkt (vgl. Iliffe 2002:144ff).

Nach der Entmachtung Amins durch tansanische Truppen im April 1979 kam es zu einer Reihe von instabilen Regierungen, bis bei den Wahlen 1980 Milton Obote wiedergewählt wurde. Gewalt und Unsicherheit nahmen aber kein so schnelles Ende und die Abwanderung der jungen Elite dauerte an. Auf dem biomedizinischen Sektor wurden nun umfassende Sanierungsmaßnahmen durchgeführt. Neben der Wiederherstellung kurativmedizinischer Einrichtungen (Wiederaufbau von Krankenhäusern und Gesundheitszentren), wurde ein besonderer Wert auf „Primary Health Care“ (PHC) gelegt (vgl. Iliffe 2002:149ff). PHC legt einen Schwerpunkt auf die Einbindung der lokalen Gemeinschaften in Gesundheitsangelegenheiten der Region und auf die Prävention von Krankheiten (vgl. Joralemon 1999:75). Ihren Ursprung hat dieses Konzept in der Deklaration von Alma-Ata der WHO (1978) (vgl. Falola 1992:21). Darauf soll im nächsten Abschnitt noch näher eingegangen werden.

5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda

1986 gelangte der bis heute im Amt stehende Präsident Yoweri Museveni an die Macht. Sein Ziel war es die politische und ökonomische Situation zu stabilisieren. Die Wiederherstellung des Gesundheitssystems der 1960er Jahre wurde weitergeführt, doch versuchte die Regierung sich finanziell aus dem biomedizinischen Sektor zurückzuziehen und unterstützte die Privatisierung von biomedizinischen Einrichtungen und den Ausbau des privaten Sektors. Sanierungsmaßnahmen wurden vorrangig durch internationale Geldgeber (u.a. WHO, Weltbank) finanziert (vgl. Iliffe 2002:153ff).

Der Verfall des biomedizinischen Systems in den 70er und frühen 80er Jahren hat seine Spuren hinterlassen. Viele Merkmale und Konsequenzen der strukturellen und finanziellen Verschlechterung der Biomedizin in Uganda sind auch heute noch präsent (Mugaju 1999: 1ff). Bevor ich aber darauf eingehe, möchte ich das biomedizinische System Ugandas beschreiben.

5.3. Das Medizinsystem Ugandas heute

Das medizinische System Ugandas kann unterteilt werden in einen institutionalisierten, formellen, biomedizinischen Sektor und einen traditionellen, informellen Sektor (vgl. Mugaju 1999:1). Da sich diese Arbeit vorrangig mit der westlichen Biomedizin beschäftigt, soll hier nicht speziell auf das traditionelle Medizinsystem eingegangen werden. Dazu sei auf Kapitel 5.1 verwiesen.

Das biomedizinische System Ugandas setzt sich zusammen aus staatlichen und privaten (gewinnorientierten und nicht gewinnorientierten) Gesundheitseinrichtungen (vgl. Lindelöw et al. 2003:8). Durch die noch nicht gänzlich überwundene Krise des staatlichen Sektors kommt privaten AnbieterInnen eine nicht unwichtige Rolle zu. Private Einrichtungen sollten vor allem in ländlichen Gegenden die infrastrukturel-

5.3. Das Medizinsystem Ugandas heute

len Mängel der staatlichen Gesundheitsversorgung ausmerzen (vgl. Mugaju 1999:3f). Was sind nun die wesentlichen Unterschiede zwischen privaten und staatlichen AnbieterInnen? Private Kliniken finanzieren sich zum größten Teil (oder ausschließlich) aus Einnahmen durch Behandlungsgebühren. Wobei nicht gewinnorientierte Einrichtungen (meist religiöser Art) oft auch Spendengelder erhalten. Das staatliche System bedient sich einer weitreichenderen Verteilungspolitik, die auch unterprivilegierte Einrichtungen (z.B. in ländlichen Gegenden) unterstützt (Lindelöw 2003:13). 2001 hat die ugandische Regierung die Behandlungsgebühren in allen staatlichen Einrichtungen abgeschafft. Die Folge war ein enormer Anstieg der PatientInnenzahlen (Meessen et al. 2006:2253). Damit in Verbindung steht ein Mangel an Ausstattung und Medikamenten. Bezüglich Medikamenten ist zum einen Teil die unnötige Verschreibung und Ausgabe ein Grund für diese Entwicklung, zum anderen Teil aber auch die ungenügende Versorgung mit Medikamenten (Lindelöw 2003:20ff). Die Versorgung mit anderer biomedizinischer und nicht-biomedizinischer Ausstattung (Verbandsmaterial, Verhütungsmittel, Transportmittel) weist ebenfalls einige Lücken auf (ebd.:23f).

Der öffentliche Gesundheitssektor besitzt eine hierarchische Struktur, und zwar vom *Health Centre I* bis zum *National Referral Hospital*.

Das *Health Centre I (HC I)* stellt die Verbindung mit der Dorfgemeinschaft her, ergründet die lokalen Bedürfnisse und leitet diese weiter. Verantwortlich dafür sind *Community Health Workers*, ungeschultes Personal aus der Gemeinschaft selbst. Dies soll die Beteiligung und Mitbestimmung der lokalen Bevölkerung sicherstellen (vgl. URL 3).

Das *Health Centre II (HC II)* stellt mit ambulanten Leistungen die erste Anlaufstelle zum formalen Gesundheitssektor her. Das *HC II* wird von einer *Enrolled Compre-*

5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda

*hensive Nurse*⁵, also einer allgemeinen Pflegekraft geführt (ebd.:20).

Grundpflege im präventiven und kurativen Bereich sowie Überwachung und Betreuung von *HC II* wird vom *Health Centre III (HC III)* erbracht. Diese verfügen auch über ein Labor und sind für grundlegende Geburtshilfe ausgestattet (ebd.).

Zusätzlich zu den Einrichtungen im *HC III* verfügt das *Health Centre IV* oder *General Hospital* über medizinische, chirurgische und geburtshilfliche Notfallausrüstung. Zum Beispiel können hier Kaiserschnitte oder Bluttransfusionen vollzogen werden. Diese 4 Gesundheitszentren unterstehen in politischer Hinsicht dem Bezirk, von wo die Betreuung und Kontrolle der Einrichtungen ausgeht (ebd.).

Auf der regionalen Ebene gibt es *Regional Referral Hospitals*, die, neben den Aufgaben des *HC IV* oder *General Hospital*, auch spezialisierte Behandlungen (Psychiatrie, Radiologie, etc.) anbieten. Hier wird auch der Lehre und der Forschung ein Platz eingeräumt (ebd.:18).

An der Spitze der Krankenhaushierarchie steht das autonome *National Referral Hospital*. Davon gibt es 2 in Uganda, und zwar das Mulago Hospital in Kampala und das Butabika Hospital. Dies sind die wichtigsten Lehr- und Forschungskrankenhäuser, in denen alle Spezialisierungen vertreten sind (ebd.).

Für die Evaluation und Betreuung aller Gesundheitseinrichtungen ist das Gesundheitsministerium verantwortlich. Aufgabe des Ministeriums ist die Formulierung von Grundsätzen, das Setzen von Standards und deren Evaluierung, die Koordination einzelner Einrichtungen, etc (ebd.:17).

Bei Privaten AnbieterInnen variiert die Bandbreite an biomedizinischen Leistungen stark. Gewinnorientierte Kliniken sind jedoch meist kleiner als nicht gewinnorientierte, religiösen Gemeinschaften oder NGOs nahe stehende Gesundheitseinrichtungen

⁵für eine genauere Darstellung der verschiedenen Gesundheitsberufe in Uganda siehe unten.

5.3. Das Medizinsystem Ugandas heute

(Lindelöw 2003:10). Auch private Einrichtungen werden vom Gesundheitsministerium und den Bezirken unterstützt und überwacht um die Qualität der Biomedizin zu gewährleisten. Als Arena für den Austausch dient das „Health Unit Management committee (HUMC)“, das aus Vertretern der Gesundheitseinrichtung, der lokalen Gemeinschaft und der Gemeindeadministration besteht (ebd.:11).

In Ermangelung an Literatur über unterschiedliche biomedizinische Berufe und deren Kompetenzen in Uganda, entnehme ich die folgende Beschreibung meiner eigenen Erhebung. Eine Auflistung der Personalpositionen kann auch Lindelöw et al. (2003:14f) entnommen werden.

Pflegepersonal kann in 4 Untergruppen unterteilt werden.

Nursing Aides oder *Nursing Assistants* sind ungeschulte Pflegekräfte. Sie werden in fast allen Krankenhäusern angelernt, brauchen aber weder schulische Voraussetzungen, noch biomedizinische Schulbildung.

Enrolled Nurses werden nach Abschluss der 4-jährigen Mittelschule („Secondary school“) für weitere 3 Jahre biomedizinisch ausgebildet. Diese Position wäre im österreichischen Gesundheitssystem – wie ich denke – am ehesten mit allgemeiner Krankenpflege vergleichbar.

Die Aufbaukurse zur *Registered nurse* dauern 2 Jahre und sind nach zumindest einjähriger Praxis als *Enrolled nurse* zugelassen. Sie werden mit einem Diplom abgeschlossen. *Registered nurses* übernehmen neben der pflegerischen Tätigkeit auch administrative Aufgaben. Sie übernehmen im Allgemeinen dieselben Funktionen wie die StationsleiterIn in österreichischen Krankenhäusern.

Abseits der eigentlichen Pflegekräfte stehen Hebammen, deren Ausbildung 5 Jahre umfasst, und LaborassistentInnen, die nach einer 3-jährigen Ausbildung einen Aufbaukurs (18 Monate) zum/r LabortechnikerIn besuchen können.

Um die lange andauernde ÄrztInnenknappheit zu überbrücken wurde der Berufs-

5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda

zweig des *Clinical officer* (oft auch als *Medical assistant* oder *Clinical assistant* bezeichnet) eingeführt. Nach 6 Jahren Mittelschule⁶ umfasst die Ausbildung zum *Clinical officer* 3 Jahre. Ihre Kompetenzen reichen weit in die von ÄrztInnen hinein. Bspw. sind sie befugt zu Diagnostizieren und zu Therapieren, verschiedene Medikamente zu verschreiben und kleinere Eingriffe zu machen (wie das Reißen von Zähnen) (vgl. auch Banerjee et al. 2005:1ff).

Im Gegensatz zu den *Clinical officers* besteht die höhere Kompetenz von ÄrztInnen in chirurgischen Eingriffen und dem Verschreiben von starken Medikamenten (starke Antibiotika und Schmerzmittel wie Morphinum und dergleichen). Das Medizinstudium an Universitäten umfasst 5 Jahre, gefolgt von 1 Praktikumsjahr (Turnus) (Doktor 1, 2007).

Die Krise des staatlichen Gesundheitssektors in den 70er und frühen 80er Jahren wirkte sich nicht nur auf die biomedizinische Infrastruktur, sondern auch auf die Einstellung des biomedizinischen Personals zu ihrer Arbeit aus. Durch die starke Zentralisierung des Gesundheitswesens fühlten sich lokale AnbieterInnen biomedizinischer Dienste und auch die Gemeinschaften des Mitbestimmungsrechtes beraubt. Eine starke Demoralisierung des Personals war die Folge (Mugaju 1999:7f). Mängel in Infrastruktur und Ausstattung, die zu einer schlechteren Versorgung der PatientInnen führten, taten das ihrige dazu (ebd.:8). Schlechte Bezahlung und Inflation führten damals verständlicherweise zu häufiger unentschuldigter Abwesenheit vom Arbeitsplatz. Andere Arbeiten, die mehr Einkommen generierten wurden bevorzugt. Doch auch heute noch gehören unerlaubtes Fernbleiben und Zuspätkommen des Personals zu den Problemen des Gesundheitssektors (ebd.:9f). Viele ÄrztIn-

⁶Das Schulsystem in Uganda beginnt mit 7 Jahren „Volksschule“ (*Primary school*). Danach gibt es die 4-jährige „Mittelschule“ (*Secondary school O-Level*). Diese kann um 2 Jahre verlängert werden (*Secondary school A-Level*), was quasi einer Matura gleichkommt und die Voraussetzung für bestimmte Berufsausbildungen und die Universität bildet.

5.3. Das Medizinsystem Ugandas heute

nen und PflegerInnen verdienten und verdienen mit der Betreibung von privaten Kliniken oder Apotheken (neben ihrer Anstellung beim Staat) ein zusätzliches Gehalt (ebd.:11). Ein weiteres Problem in Bezug auf biomedizinisches Personal ist die weit verbreitete Korruption. Staatlich finanzierte Betriebsmittel und Staatseigentum (Telefone, Transportmittel, etc.) wurden und werden für private Geschäfte verwendet. Weiters wurden auch biomedizinische Ausrüstung (wie bspw. Verbandsmaterial) und Medikamente aus staatlichen Einrichtungen in die privaten Kliniken des Personals mitgenommen. Mitunter beanspruchten MitarbeiterInnen des staatlichen Gesundheitssektors auch Bestechungsgeld von PatientInnen (ebd.:11f). Die Devise war: Ohne Geld, keine Behandlung (vgl. Iliffe 2002:155). Auch heute scheinen diese Praktiken noch weit verbreitet (ebd.:12). Auf der anderen Seite gibt es auch hingebungsvolles Personal, das für wenig Lohn gute Behandlung bereit stellt (vgl. Iliffe 2002:157). Viele ÄrztInnen und PflegerInnen wollen es vermeiden in entlegenen Gegenden zu arbeiten, weshalb es dort einen extremen Mangel an biomedizinischem Personal gibt (Iliffe 2003:156f). Aufstiegschancen für das Personal, aber auch deren Familienangehörige, sind in ländlichen Regionen beschränkt (ebd.:157).

Einfluss internationaler Organisationen auf das Gesundheitssystem Ugandas

Für die Entwicklung des Gesundheitssektors in Uganda spielen internationale Organisationen wie die Weltbank oder die WHO eine große Rolle. Wie schon erwähnt hielten sich die staatlichen Ausgaben für das Medizinsystem in Grenzen, stattdessen wurde die Wiederherstellung der biomedizinischen Infrastruktur und die Implementierung von *Primary health care (PHC)* von außerhalb des Landes (multilaterale oder bilaterale Entwicklungszusammenarbeit) finanziert (vgl. Iliffe 2002:151). Vor allem internationale Organisationen erwarten von den Staaten, denen ihre finanzielle Hilfe zukommt, eine Gegenleistung und haben dazu verschiedene Strategien entwickelt (vgl. Knauth 2003:145). Die Weltbank beschloss in den 90er Jahren den ärms-

5. Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda

ten und hoch verschuldeten Ländern⁷ einen großen Teil ihrer Schulden zu erlassen. Die Länder sollten im Gegenzug eine nachhaltig angelegte Armutsbekämpfungsstrategie ausarbeiten (ebd.:145f), und zwar unter Einbeziehung der Zivilbevölkerung und der Finanzpartner (vgl. URL 4). Diese „Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP)“ werden alle 3 Jahre neu erarbeitet (ebd.) und sprechen dem Bildungs- und dem Gesundheitssektor großen Einfluss zu (Knauth 2003:146). In Uganda werden diese Strategiepläne als „Poverty Eradication Action Plans“ bezeichnet. Bezüglich des Gesundheitssystems hält sich die Strategie an den bisherigen Kurs der Wiederherstellung biomedizinischer Infrastruktur und dem Aufbau von PHC (vgl. URL 5:162ff).

Schon 1975 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Begriff „Primary Health Care (PHC)“ geprägt (Knauth 2003:150). Gemeinsam mit UNICEF veranstaltete die WHO 1978 eine Konferenz zur PHC, die mit der „Deklaration von Alma-Ata“ (so der Name des Konferenzortes) schloss (ebd.:151). PHC legt ihren Schwerpunkt auf grundlegende biomedizinische Versorgung, die allen zugänglich sein soll. Die Berücksichtigung des lokalen kulturellen Kontextes, wird durch Einbindung der lokalen Gemeinschaften in Gesundheitsinitiativen sichergestellt. Es sollen spezifische Bedürfnisse der Bevölkerung ausfindig gemacht und einbezogen werden. Dies soll im Hinblick auf die weitere soziale und ökonomische Entwicklung des Landes geplant werden (vgl. Macdonald 1993 zit. nach Joralemon 1999:75). Neben der PHC gibt es noch die „Secondary Health Care“. Das sind größere Einrichtungen mit einigen Fachgebieten. Als Drittes im Bunde wird die „Tertiary Health Care“ genannt. Dies sind vor allem Lehr- und Forschungskrankenhäuser mit allen Spezialisierungen (vgl. Falola 1992:20f). Im Zuge der Kooperationsstrategie der WHO mit Uganda erarbeitet das Gesundheitsministerium sogenannte „Health Sector Strategic Plans“, 5-Jahrespläne zur Entwicklung des Gesundheitssektors. Der Fokus dieser Strategien

⁷Der Terminus „Highly indebted poor countries (HIPC)“ wurde zum Schlagwort der Initiative.

5.3. Das Medizinsystem Ugandas heute

liegt auf Prävention und Hygiene, sowie auf Dezentralisierung des Medizinsystems und der Teilhabe der lokalen Bevölkerung (vgl. URL 3). Die Ziele dieser Kooperationsstrategie sollen den oben beschriebenen Schwächen des Medizinsystems entgegenwirken. Die Zielsetzung der WHO besteht aus mehreren Komponenten. Zunächst wäre da die Unterstützung auf politischer Ebene. Gesundheitsministerium und Bezirke sollen in ihrer Aufgabe als Kontroll- und Koordinationsorgan, sowie in der Formulierung der Gesundheitspolitik gestärkt werden.

Der infrastrukturelle Ausbau soll noch weiter fortgesetzt werden um der Bevölkerung einen besseren Zugang zu qualitativ hochwertigeren Gesundheitseinrichtungen zu ermöglichen. Dazu gehört auch die Erweiterung des Personalkörpers und die Verbesserung der Moral durch Vergünstigungen, bessere Ausstattung und pünktlich bezahlte Löhne.

Eine weitere Komponente ist die Bekämpfung häufiger Krankheiten durch das „Uganda National Minimum Health Care Package (UNMHCP)“. Der Fokus liegt dabei auf Malaria, Kinderkrankheiten, HIV/Aids, Tuberkulose, Geburt/Mutterschaft und Immunisierung. Hier scheint es – nach meiner eigenen Erfahrung – weitreichende Verbesserungen zu geben. Ein Schwerpunkt liegt, im Sinne der Nachhaltigkeit, auch auf Hygienemaßnahmen und Umweltschutz (vgl. URL 6: 27ff). Seit einigen Jahren wird auch versucht die traditionelle Medizin, besonders die Kräutermedizin, besser in das Medizinsystem einzubinden. Forschungen auf diesem Gebiet sind erwünscht und traditionelle Medizin wird gefördert, solange die Arzneien von der National Drug Authority (NDA) freigegeben werden (Yahaya et al.2001:3).

5. *Geschichte und Gegenwart der Medizin in Uganda*

6. Zugang zum Feld und Beschreibung der Forschungsfelder

In der Mitte meines zweiten Studienabschnittes eröffnete sich mir die Möglichkeit eines Aufenthaltes in Uganda. Da ich mich im Laufe meines Studiums auf Ethnomedizin und insbesondere auf die Medical Anthropology spezialisiert hatte, war es mir ein Anliegen für meine Diplomarbeit, im Zuge derer ich diesen Forschungsaufenthalt antrat, in diesem Themenbereich zu forschen. Von Anfang August bis Anfang November 2007 hielt ich mich also, zum Zwecke meiner Datenerhebung, in Uganda auf. Durch vorherigen Kontakt mit der Missionsstation der Marienschwestern vom Karmel war es mir möglich von dort aus meine Feldforschung zu betreiben. Nicht nur wurde mir eine Wohnmöglichkeit zur Verfügung gestellt, sondern waren mir die Schwestern der Mission auch bei der ersten Kontaktaufnahme mit den Privatkliniken und dem Krankenhaus, in denen die Erhebung stattfand, behilflich. An dieser Stelle möchte ich ihnen nochmals meinen Dank aussprechen. Hier ist zu erwähnen, dass ich während meiner Forschungstätigkeit – vor allem in den privaten Einrichtungen – immer mit den Marienschwestern in Verbindung gebracht wurde, oft auch als „Sister“ angesprochen wurde. Dies mag insbesondere am Forschungsbeginn zur

6. Zugang zum Feld und Beschreibung der Forschungsfelder

Zurückhaltung von Informationen oder zu dementsprechenden Verhalten geführt haben (z.B. im Themenbereich der Billigung von Traditioneller Medizin).

Am Beginn meiner Erhebung musste ich meine Forschungsfrage einige Male abwandeln. Das hängt besonders mit falschen Vorstellungen bzw. Unerfahrenheit über das Forschungsfeld vor Forschungsantritt zusammen. Trotz intensiver Literaturrecherche war es mir (wie ich später feststellte) nicht möglich, für mich selbst ein akkurates Bild des Feldes zu zeichnen. Es ist schwierig, wenn nicht gar unmöglich, mit richtigen Vorannahmen in ein bis dahin unbekanntes Feld zu gehen, insbesondere in ein Feld mit einem anderen Wertesystem. In meinem Fall musste ich feststellen, dass ein Fokus auf Beobachtung und informelle Gespräche angemessener sei, als Interviews ins Zentrum meiner Forschung zu stellen.

Zum Einen war ein Gespräch in englischer Sprache mit den meisten PatientInnen nicht möglich. Ein/e ÜbersetzerIn für Interviews erschien mir aus 2 Gründen nicht angemessen. Erstens waren die Englischkenntnisse der dafür in Frage kommenden Personen nicht ausreichend. Zweitens wollte ich einer (gewollten oder ungewollten) Verfälschung der Ergebnisse durch den/die ÜbersetzerIn entgehen. Natürlich musste dadurch mein theoretisches Feld beschränkt werden. Diese ausgelassenen Themenbereiche sollen aufbewahrt werden für andere (vorzugsweise ugandische, der lokalen Sprache, Luganda, mächtige) Medizinanthropologen oder für einen längeren Aufenthalt im Forschungsgebiet.

Zum Anderen schienen mir geplante, vorstrukturierte Interviews auch für das lokale System nicht angemessen und ich versuchte ihre Zahl daher einzuschränken. Darauf möchte ich im nächsten Kapitel noch näher eingehen.

Das theoretische Feld meiner Erhebung unterteile ich in der Praxis in 3 Subfelder, nämlich das General Hospital in Mityana und 2 private Kliniken in dessen Umkreis.

6.1. Biomedizinische Einrichtung I

Die meiste Zeit meines Aufenthaltes verbrachte ich in der Klinik St. J., die sich in einem größeren Dorf an einer vielbefahrenen Straße, ca. 40 km von der Hauptstadt Kampala entfernt, befindet. Dies war auch zeitlich die erste Klinik, die ich besuchte. Sie bestand aus 5 Gebäuden, von denen 4 ein Quadrat bildeten und die eigentliche Klinik ausmachten. In der Mitte befindet sich ein Innenhof, auf dem PatientInnen und MitarbeiterInnen die meiste Zeit verbrachten. Dort wurde bspw. Wäsche gewaschen und aufgehängt, es wurden Unterhaltungen geführt und die Kinder spielten dort. Der Zugang zu den Wassertanks und zu Latrine und Waschmöglichkeiten war ebenfalls von diesem Innenhof aus möglich. Das fünfte Gebäude war die noch nicht ganz fertig gestellte Geburtshilfestation, von der nur ein Raum als Lager benutzt wurde. Die Klinik hat 4 Krankenzimmer mit insgesamt 11 Betten. Weiters gibt es ein Untersuchungszimmer und ein Behandlungszimmer bzw. Injektionsraum und ein kleines Labor. Im Wartezimmer befindet sich ein kleiner, abgetrennter Raum mit einer Durchreiche, von dem aus die Medikamente ausgegeben werden und wo die Bezahlung abgewickelt wird. Das Personal setzte sich zusammen aus einem *Clinical Officer*, einer *Enrolled Nurse*, 4 *Nursing Assistants*, einem Laborassistenten und einem Koch, der die Mahlzeiten für das Personal zubereitete. Außer dem *Clinical Officer* und einer *Nursing Assistant* wohnten alle MitarbeiterInnen in der Klinik, zwei davon mit ihrem Kind (ein Mädchen von 6 Jahren und ein Junge von 4 Jahren). Meist waren nur wenige PatientInnen in der Klinik. Die Mehrheit der stationären PatientInnen war mit Malaria oder Typhus gekommen. Auch Infektionskrankheiten wie Aids oder Syphilis kamen in den Aufzeichnungen oft vor. Aufgrund der Nähe zur Hauptstraße von Kampala in Richtung Mubende wurden auch einige Unfallopfer behandelt, soweit das Personal dafür ausgebildet war. Größere Wunden und Knochenbrüche wurden ans General Hospital in Mityana überwiesen. Zugang zu dieser

6. Zugang zum Feld und Beschreibung der Forschungsfelder

Klinik bekam ich durch ihren Besitzer Herrn G., der auch in der katholischen Pfarre tätig und so mit den Marienschwestern bekannt ist. Wie oben angedeutet haben sich daraus anfangs Schwierigkeiten ergeben, in Bezug auf die Vertrauensbasis zwischen mir selbst und dem Personal. Diese konnten jedoch relativ schnell beigelegt werden, da ich viel Zeit dort verbrachte, in der weder Schwestern, noch Herr G. anwesend waren. Was auch einen Teil zu diesem schnellen Vertrauen fassen beitrug, war das annähernd gleiche Alter aller Beteiligten. Ich selbst lebte sozusagen die Tage in der Klinik mit. Ich begleitete die Krankenschwestern bei Routinebehandlungen, führte Beobachtungen bei der Anamnese neuer stationärer und ambulanter PatientInnen durch, unterhielt mich mit PatientInnen oder MitarbeiterInnen. Einige Male wurde es mir sogar erlaubt einer Krankenschwester zu assistieren, sei es Tupfer und Schüsseln zu reichen oder Medikamente aus dem Lager zu holen.

6.2. Biomedizinische Einrichtung II

Herr G. war es auch, der mir einen Zugang zum staatlichen Krankenhaus in Mityana verschaffte, da er dort als Buchhalter tätig ist. Die nächsten staatlichen Krankenhäuser befinden sich im 60 km entfernten Kampala und dem ca. 70 km entfernten Mubende. Jedoch gibt es in der Stadt viele private AnbieterInnen, unter anderem auch ein christlich-orientiertes Privatkrankenhaus von etwa derselben Größe. Das General Hospital verfügt über eine Frauen-, eine Männerstation und eine pädiatrische Station. Des Weiteren sind verschiedene Fachabteilungen¹ vorhanden. Die verschiedenen Stationen und Abteilungen befinden sich in 6 separaten Gebäuden. Das Krankenhaus verfügt über etwas mehr als 100 Betten (die Zahl variiert), eine

¹Diese wären eine Zahnklinik, eine Aidsklinik, eine Diabetesklinik, die Orthopädie, eine geburts-hilfliche Station, Immunisierung und Familienplanung.

eigene Apotheke und ein großes Labor. PatientInnen werden einerseits aus den umliegenden, kleineren staatlichen oder privaten Gesundheitseinrichtungen aufgrund der Ernstheit ihrer Erkrankung überwiesen, oder kommen direkt ins General Hospital. Die Zahl der PatientInnen ist enorm, besonders in der Regenzeit durch eine hohe Malariarate. Andere Gründe für die hohe PatientInnenzahl sind kostenlose Behandlung und Vergabe von Medikamenten (soweit vorhanden). Nach Angaben des Personals gibt es um die 20 ÄrztInnen und die Nummer des anderen biomedizinischen Personals beträgt rund 200. Darüber hinaus gibt es noch administratives Personal und diverses nicht-biomedizinisches Personal (Köche/Köchinnen, Portiere, Reinigungspersonal). Zwischen den einzelnen Gebäuden des Krankenhauses befinden sich kleine Parks mit Bäumen und Sträuchern, wo PatientInnen und Angehörige gern ihre Zeit verbringen. Durch die Größe des Krankenhauses war es mir nur möglich einen Überblick zu erhalten. Ich besuchte verschiedene Stationen und Fachabteilungen, wo ich vormittags den Arbeitsablauf beobachtete und nachmittags, da ab mittag nur noch Notfälle behandelt wurden, führte ich Gespräche oder Interviews mit dem Personal. Eine persönliche Annäherung gelang mir hier nur mit den wenigsten MitarbeiterInnen, was ich auf die kurze Zeit, die ich dort verbrachte (3 Wochen), und die Größe des Hospitals zurückführe. Auch trat mir das Personal bis zuletzt sehr misstrauisch gegenüber, umso stärker, je höher die Position.

6.3. Biomedizinische Einrichtung III

Die dritte biomedizinische Einrichtung, die ich besuchte, war eine Privatklinik in Mityana. Der Arzt und Betreiber der Klinik ist mit den Marienschwestern bekannt und wird von ihnen in einem Projekt für die Etablierung von Palliativpflege unterstützt. Ebenfalls war mir eine Krankenschwester dieser Klinik schon bekannt, da sie auch im staatlichen Krankenhaus arbeitete und ich sie dort schon näher kennen

6. Zugang zum Feld und Beschreibung der Forschungsfelder

gelernt hatte. Die Klinik St. M. verfügt über 2 Einzelzimmer, 2 5-Bett-zimmer und ein Kinderzimmer mit 5 Betten. Das Gebäude selbst verfügt über mehrere unbenutzte Räume, die noch ausgebaut werden sollen (als Krankenzimmer und als OP für kleinere Eingriffe, evtl. ist auch eine Geburtshilfestation geplant). Die PatientInnen betreten die Klinik in den großen Warteraum, in dem, durch Vorhänge und eine Holzwand abgetrennt, sich das kleine Labor und das Behandlungszimmer (Injektionszimmer) befinden. Dahinter gibt es einen Schalter („*Dispensary*“), an dem die PatientInnen Medikamente erhalten, die Behandlung bezahlen, sich an- und abmelden. Vom Arztzimmer aus ist ein guter Überblick gegeben, da nach vorne ein Fenster eingesetzt ist. Die Klinik hatte vorrangig Frauen und Kinder als PatientInnen. Einerseits war der Arzt früher als Kinderarzt in einem staatlichen Krankenhaus tätig, andererseits wird ihm nachgesagt er könne gut mit Frauen und Kindern umgehen, was wahrscheinlich an seinem freundlichen, wohlwollenden Wesen liegt. Durch seinen neuen Schwerpunkt auf Palliativpflege (zu der Zeit besuchte er gerade einen Palliativpflegekurs, der über 2 Jahre geht), behandelt er auch viele ältere Personen, bei denen er auch Hausbesuche macht. Bei Kindern wurden meist Malaria oder Atemwegsentzündungen behandelt. Das Personal der Klinik besteht aus dem Doktor, einer *Enrolled Nurse*, 2 Laborassistentinnen, 2 *Nursing Assistants*, einer auszubildenden *Nursing Assistant* und einem Hauswart. Außer den beiden Laborassistentinnen waren alle MitarbeiterInnen um einige Jahre älter als ich, daher war es hier schwieriger, persönliches Vertrauen auf und die Skepsis des Personals abzubauen. Zu diesem Misstrauen trug auch mein Zugang zu dieser Klinik, nämlich über ihren Besitzer, bei. Trotz dieser eher distanzierten Atmosphäre, gab mir das Personal bereitwillig Auskunft auf viele meiner Fragen. Der Tagesablauf in dieser Klinik beinhaltete eine Visite am Morgen, an der ich teilnahm und die einen guten Teil des Vormittags beanspruchte. Danach beobachtete ich immer abwechselnd die Stationen, die PatientInnen durchlaufen, vom Labor über die Behandlung bis

6.3. Biomedizinische Einrichtung III

zur Ausgabe von Medikamenten. Auch die Interviews führte ich meist nachmittags, wenn wenige PatientInnen da waren, durch.

Zur Veranschaulichung der Feldforschungssituationen sei auf die Abbildungen im Anhang verwiesen.

6. Zugang zum Feld und Beschreibung der Forschungsfelder

7. Methode

In diesem Kapitel möchte ich die von mir durchgeführte empirische Datenerhebung skizzieren. Einleitend werde ich die Forschungsfragestellung darlegen. Danach werde ich die verwendeten Methoden der Feldforschung und der Auswertung erläutern.

7.1. Forschungsfrage

Das Thema meiner Forschung ist das westliche Medizinsystem in Uganda. Im Laufe meines Feldforschungsaufenthaltes hat sich der genaue Fokus dieses Themas aufgrund der Situation im Feld jedoch einige Male verändert. Die endgültige Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautet:

„Welche Beziehung hat biomedizinisches Personal zum Medizinsystem in Uganda?“
Hier ist es notwendig zumindest die beiden Begriffe *biomedizinisches Personal* und *Medizinsystem* zu definieren.

Unter dem Terminus *biomedizinisches Personal* verstehe ich sowohl ärztliches, wie auch Pflegepersonal. Die Zusammenfassung dieser beiden Berufsgruppen unter einem Terminus habe ich aufgrund der schwer abzugrenzenden Aufgaben und Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe gewählt. Durch den Mangel besonders an gut ausgebildetem biomedizinischen Personal im staatlichen Sektor und der mangelnden

7. Methode

Überprüfung im privaten Sektor kann es vorkommen, dass Pflegekräfte biomedizinische Tätigkeiten ausführen, für die sie nicht qualifiziert sind. Mangelnde Ausrüstung in Gesundheitszentren, Krankenhäusern und Kliniken können dazu führen, dass ÄrztInnen Tätigkeiten ausführen, für die sie eigentlich überqualifiziert wären. Letzteres ist natürlich weniger der Fall. So kommt es zu einer Verwischung der Grenzen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.

Konkret fasse ich unter biomedizinisches Personal: *Nursing Assistants*, *Enrolled Nurses*, *Registered Nurses*, *Clinical Officers*, LaborassistentInnen und ÄrztInnen.

Als Medizinsystem Ugandas fasse ich die Gesamtheit der Institutionen (traditionell oder biomedizinisch), die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen, auf. Darunter fällt auf der einen Seite das traditionelle Medizinsystem, auf der anderen Seite das biomedizinische System mit seinen staatlichen und privaten AnbieterInnen.

Gemäß meiner allgemeinen Forschungsfrage stelle ich 3 Unterfragen fest. Diese wären:

Welches Verhältnis hat biomedizinisches Personal zum Beruf bzw. zur Medizin selbst?

Wie ist die Beziehung zwischen biomedizinischem Personal und PatientInnen?

Welche Beziehung herrscht zwischen den MitarbeiterInnen einer biomedizinischen Einrichtung?

7.2. Methoden der Feldforschung und Auswertung

Wie oben schon erwähnt, erschien es mir dem Forschungsfeld entsprechend, den methodischen Schwerpunkt meiner Erhebung auf die Beobachtung und informelle Gespräche zu legen. Zunächst war es notwendig den für mich fremden kulturellen Kontext kennenzulernen, auch um den Interviewleitfaden der konkreten Situation vor Ort anpassen zu können. Den InformantInnen war oft eine so künstliche Ge-

7.2. Methoden der Feldforschung und Auswertung

sprächssituation mit Aufnahmegerät, wie sie im Interview herrscht, unangenehm. Auch mussten die Interviews in der Arbeitszeit der InformantInnen durchgeführt werden und waren daher schwer zeitlich zu koordinieren. Erste Erfahrungen mit Interviews wiesen auch eine gewisse Diskrepanz zwischen Gesagtem und Ausgeführtem auf. Aus diesen Gründen schien mir eine eingehende Beobachtungstätigkeit unablässlich.

Konkret habe ich eine offene unstrukturierte Beobachtung betrieben (vgl. Lamnek 1995a: 244ff). Lamnek differenziert im Bezug auf die aktive Teilnahme des Forschers bei der Beobachtung 4 Möglichkeiten (ebd.:245). Diese kann man sich auf einer Skala angeordnet vorstellen zwischen teilnehmender Beobachtung und nicht-teilnehmender Beobachtung. Lamnek unterteilt in Teilnehmer, Teilnehmer als Beobachter, Beobachter als Teilnehmer und reine Beobachtung (ebd.). Diesbezüglich bewegte sich meine Beobachtungstätigkeit in den Bereichen Beobachter als Teilnehmer und reine Beobachtung (v.a. anfangs). Obwohl es mir von Zeit zu Zeit gelungen ist, Teilnehmer zu sein, möchte ich für meine Erhebung nicht den – meiner Meinung nach oft zu leichtfertig verwendeten – Begriff der teilnehmenden Beobachtung beanspruchen.

Als Übergang von der Beobachtung zum Interview, kann das informelle Gespräch bezeichnet werden. Das rezeptive Interview, eine Art von informellem Gespräch, basiert auf dem reinen Zuhören der Forscherin/des Forschers (vgl. Lamnek 1995b:373ff). Diese Art von Gespräch kam am häufigsten in der St. M. Klinik vor, wo mich der Doktor oder eine Krankenschwester oft zu sich rief um mir etwas über PatientInnen oder bestimmte Krankheiten zu erzählen. Der von Roland Girtler begründete Terminus „ero-episches Gespräch“ setzt eine Gleichwertigkeit zwischen den Gesprächspartnern voraus. Beide Beteiligten stellen Fragen und geben Antworten, am besten in Form von Erzählungen (vgl. Girtler 2001:147). Gespräche solcher Art führte ich oft mit dem Personal der Klinik St. J., wo die Unterhaltungen diverse Themengebiete abdeckten und sich die Gesprächspartner wohlfühlten.

7. Methode

Für geplante Interviews bediente ich mich eines Interviewleitfadens. Diese Befragungen können also als teilstandardisiert bezeichnet werden (vgl. Lamnek 1995b:334ff). Dabei war es mir ein Anliegen die InformantInnen so frei wie möglich antworten zu lassen um neue Blickwinkel auf das Themengebiet zu erkennen. Neben Einzelinterviews führte ich gelegentlich auch Gespräche mit 2 Personen, da die Interviews direkt am Arbeitsplatz durchgeführt wurden und beide MitarbeiterInnen zugegen sein mussten. Insgesamt führte ich 8 Einzelinterviews und 3 Interviews mit jeweils 2 Informantinnen. Weitere 2 Informantinnen habe ich ohne akustische Aufnahme des Interviews befragt, da sie sich mit dem Gerät sehr unwohl fühlten. Diese beiden Interviews werden von mir in der Auswertung wie informelle Gespräche gehandhabt. Da ich die Interviews relativ unstrukturiert lassen wollte, beinhaltet der Interviewleitfaden nur grobe Fragen zu forschungsrelevanten Themenbereichen, die auch oft abgewandelt und der Situation und den InterviewpartnerInnen angepasst wurden. Die Themengebiete waren unter anderem Ausbildung und Einstellung zum Beruf, Arbeitsalltag, Beziehungen zu KollegInnen und PatientInnen und die Einstellung zur traditionellen Medizin.

Bezüglich der Auswertung meiner erhobenen Daten beziehe ich mich auf die Inhaltsanalyse bei Mayring (vgl. Mayring 1990). Wichtig war mir dabei, dass sich diese Art der Datenanalyse eher auf inhaltliche und nicht auf sprachliche Aspekte richtet, da niemand unter meinen InformantInnen Englisch (die Sprache in der alle Konversationen und Interviews geführt wurden) als Muttersprache hatte bzw. sicher und fehlerfrei anwendete. Dabei ging ich anders als Mayring nicht nur induktiv, sondern auch deduktiv nach meinem Interviewleitfaden und in der Feldforschung gewonnenen Annahmen vor.

8. Ergebnisse der Datenerhebung

Die sich durch diese Arbeit ziehende Einteilung in 3 große Themenbereiche soll auch in diesem Kapitel fortgesetzt werden. Die Forschungsfrage nach der Beziehung des biomedizinischen Personals zum Medizinsystem in Uganda ist in diese 3 Bereiche aufgesplittet worden.

Das erste Unterkapitel beschäftigt sich mit der Frage: Welches Verhältnis hat biomedizinisches Personal zum Beruf bzw. der Medizin selbst? Dabei soll zunächst die Ausbildung als Einführung in biomedizinisches Denken und Handeln thematisiert werden und danach die Grundsätze des Personals in Bezug auf Biomedizin und traditionelle Medizin geklärt werden.

Wie die Beziehung zwischen biomedizinischem Personal und PatientInnen aussieht, soll im zweiten Teil dieses Kapitels besprochen werden. Der Kernpunkt ist hier die vom Personal über die PatientInnen ausgeübte Autorität und wie sich diese äußert und reproduziert.

Zu guter Letzt soll die Frage: Welche Beziehung herrscht zwischen den MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen? beantwortet werden. Hier spielt die Diskrepanz zwischen Hierarchie und deren Verschleierung eine besondere Rolle.

8.1. Welches Verhältnis hat biomedizinisches Personal zum Beruf bzw. der Medizin selbst?

Als übergeordnete Hypothese dient mir in diesem Abschnitt die Aussage, dass biomedizinische Hegemonie durch biomedizinisches Personal reproduziert wird. Ich habe an anderer Stelle schon argumentiert, dass eine biomedizinische Ausbildung als Übergangsritus bezeichnet werden kann. Dies trifft insbesondere auf ÄrztInnen, *Clinical Officers* und *Enrolled Nurses*, die ja eine schulische Ausbildung erhalten, zu. Angelernte *Nursing Assistants* erfahren ihre beruflichen Grundsätze vor allem durch traditionelle Autorität, also von übergeordneten oder schon länger im Berufsleben stehenden KollegInnen.

Diese *Rites de Passage* (vgl. van Gennep 1909/1981:15; Davis-Floyd/St. John 1998:49ff) eröffnen sich mir – in Bezugnahme auf die Datenerhebung – als Initiation in die biomedizinische Denkweise. Das soll keinesfalls heißen, dass an der Biomedizin interessierte UganderInnen davor ausschließlich traditionelle medizinische Vorstellungen besaßen. Gerade umgekehrt sehen sich die meisten Pflegekräfte, ÄrztInnen und *Clinical Officers* zu der eher an westlichen Werten orientierten Elite gehörig. Oft sind Eltern oder andere Verwandte schon im biomedizinischen Bereich tätig oder das Streben nach Bildung, Karriere und Reichtum geleitet junge Menschen auf den biomedizinischen Weg. Einige Zitate aus den von mir durchgeführten Interviews mögen dies veranschaulichen:

„I was interested because my daddy is a laboratory technician.“ (Laborassistentin 1, 2007)

„And even I was so interested in getting the schools and knowledge concerning the medical department.“ (*Registered Nurse* 1, 2007)

8.1. Welches Verhältnis hat biomedizinisches Personal zum Beruf bzw. der Medizin selbst?

„So I have to come and do medical officers, then maybe with that I can really start off with my career, my dream career.“ (*Clinical Officer 2*, 2007)

„For me I want a drug shop.“ (*Nursing Assistant 3*, 2007)

„So I want to be self-employed.“ (*Enrolled Nurse 2*, 2007)

„Because the the if you go to nurse you get a lot of money. Mm, better than teachers, aha. You're getting money,[...]“ (*Nursing Assistant 3*, 2007)

Die finanzielle Unterstützung der eigenen Familie scheint auch ein großer Anreiz für die Entscheidung zu einer biomedizinischen Karriere zu sein, wie die folgenden beiden MitarbeiterInnen bestätigen.

„I very much want to ah uh ah take my ah ahm my children for studies. So I take my job as something very central, cause it's out of which I have to gain experience and it's out of which I will get money for look after my parents, my relatives, myself, my children, building houses for myself and maybe going back for further studies. [...] But I can be in position to get drugs and you know I'm like an insurance now. [...] And that's how I picked interest in becoming a medical personnel, cause I thought how to help my family a relat my relatives ah in time, after I have become a medical personnel, because even now they can call me now, when I have such and such a condition or at how I can overcome such a problem.“ (*Clinical Officer 1*, 2007)

8. Ergebnisse der Datenerhebung

„IP1: My aim, my aim, ((short Laughing))mm I have so many aims in my job, because my job I can support my sisters and brothers in their schooling. I'm I'm I'm the old one.

I: Oh, okay.

IP1: Yeah, I get money and then I support my sisters and pay school fees, I can support myself and I want to go back and study, mm.“ (Laborassistentin 1, 2007)

Ein anderes Motiv ein/e Omusawo zu werden ist aber auch der Wille, anderen Menschen zu helfen, und etwas zu bewegen, wie die nächsten Zitate zeigen.

„[My aim is a]h, to to save the lives of the patients. And also to make sure that we prevent ah complications. We treat and prevent complications. And we prevent also those diseases, the epidemic diseases, which can outbreak. Also health educating the community so that we can achieve a goal also that we at least bring malaria, malaria cases down and other infectious diseases, those epidemics like cholera. What have you also against through health educating in the community. And by the guide of the government with the help of the government so that we can come up with the good.“ (*Registered Nurse 1*, 2007)

„[...] I'm very kind to patients. When I see someone sick, I feel .. kind, eh. And also like I'm also in pain partly.“ (*Enrolled Nurse 2*, 2007)

„For example right now I am, I'm undertaking a course in palliative care [...]. Yeah so I am done, going to palliative care to help the suffering people. They are very many, especially Aids patients, the cancer patients, the old patients. We have very many old people down there, who have

8.1. *Welches Verhältnis hat biomedizinisches Personal zum Beruf bzw. der Medizin selbst?*

no help. And even if the help is there, the relatives don't know what to do for them. So I can at least help there the relatives to know what to do for those people. And if they need drugs, maybe I can send them some drugs for pain relief. And when they are about to die help them to access a priest to prepare them spiritually to die well. Like that.“ (Doktor 1, 2007)

Eine Initiation erfolgt also in den spezifischen naturwissenschaftlich-biomedizinischen Bereich. Schon für die Aufnahme an einer Krankenpflegeschule und das Medizinstudium sind gute Noten in naturwissenschaftlichen Fächern (wie Physik, Biologie, Chemie, Mathematik) eine Voraussetzung. Während der Ausbildung bleibt der Schwerpunkt am naturwissenschaftlichen Denken. So werden angehende Pflegekräfte und MedizinerInnen in das – im Theorieteil erwähnte – technokratische Modell der Biomedizin eingeführt. Die Trennung von der bisherigen Rolle in der Gesellschaft ist meist eine räumliche. Krankenpflegeschulen befinden sich in der Nähe von größeren Krankenhäusern und arbeiten mit ihnen zusammen. Die SchülerInnen wohnen für die Zeit der Ausbildung in Internaten. Medizinische Universitäten gibt es in Uganda nur in Makerere, Mbarara und Kigezi (vgl. URL 7). Während ihrer Ausbildung absolvieren die SchülerInnen einen Praxisteil im Krankenhaus, der ihnen viel abverlangt und sie auch mit unangenehmen Tätigkeiten vertraut macht. Ich habe schon erwähnt, dass medizinische Tätigkeiten oft auch als unsauber oder unehrenhaft gesehen werden (vgl. Iliffe 2002:20). Den großen Lernaufwand konnte ich bspw. auch an den tadellos rezipierten Pflichten einer KrankenpflegerIn oder Methoden der Sterilisation erkennen, die mir einige Krankenschwestern aufsaßen. Eine weitere Strapaze ist das Freiwilligenjahr. Angehende KrankenpflegerInnen können für ein Jahr in einem staatlichen Krankenhaus für Kost und Logie, aber ohne Bezahlung, arbeiten um danach für einen freiwerdenden Posten besonders berücksichtigt zu werden. Diese physischen und psychischen Anstrengungen fallen in die liminale

8. Ergebnisse der Datenerhebung

Phase des Übergangsrituals. Für angehende ÄrztInnen erhöht sich Aufwand und Anstrengung entsprechend. Eine Krankenschwester führt bspw. ihre Erfahrungen in der Ausbildung so aus:

„Well, first of all, first it's science subjects. You have to put much emphasis to mathematics, English, chemistry, physics, biology, yeah. So when you pass all those subjects, you can apply in any school which trains nurses up. So after 3 after applying, they call us for interviews. When you pass the interview, you start training. Mm, you start training.

I: and the training is the..

IP: It's 3 years.

I: Aha mm, and you just go to school in those 3 years or you also have to work already as a..?

IP: No, we're in, okay, we're in a hostel. You don't get out, you stay there. you just go out when it's a, just () once in a while, eh. Yeah we stay there in hostels, cause they put us on they put us on calls, rolled calls, eh, where we have also to do some duties to help those already trained what, trained staff, to help them as we do practical, as we also do what? Learn. Then some hours we go to classes for lectures, yeah.“ (*Enrolled Nurse 2*, 2007)

Die Wiedereingliederung in die Gesellschaft beginnt mit der Bewerbung in einem Krankenhaus oder einer Klinik nach Wahl der frisch gebackenen Pflegekraft oder der frisch gebackenen ÄrztInnen. Die Entscheidung für eine bestimmte Gesundheitseinrichtung erfolgt meist nach dem Kriterium der Nähe zur Familie, wobei oft auch auf andere Annehmlichkeiten, wie bessere Bezahlung oder bessere Arbeitsbedingungen, verzichtet wird.

8.1. *Welches Verhältnis hat biomedizinisches Personal zum Beruf bzw. der Medizin selbst?*

„Yeah, I worked under government for .. 14 years and I was not, because this is my home area, I was operating in the east. Then when I I I I saw I was getting a big family, I said let me go and work near home. Build a family home for my family, so that even if they say I’m going anywhere, my family is fixed in one place. So I had wanted to come here, develop a family, I mean a home for the family. Then even if the government posts me elsewhere, my family is fixed. Unfortunately before I had finished that, the government said they are posting me again very far away from home. So I pleaded, they refused to hear. I said okay, if we are not able to, I mean to to to sympathize with my problems, I leave government. So I left the government and went on my own.“ (Doktor 1, 2007)

„I like it because my home is near. I don’t have to move, to move for business, like some people from Jinja somehow. So whenever she is off-duty she has to go, then if to go then 3 days. But me I like it because this is my home district actually, yeah. That’s why I wanted, that’s why I applied in this same district to work here, near my home.“ (*Enrolled Nurse* 3, 2007)

Durch das Initiationsritual bei der biomedizinischen Ausbildung wird also das Personal mit biomedizinischen Vorstellungen vertraut gemacht. Aber wie zeigt sich diese biomedizinische Hegemonie in den PflegerInnen und ÄrztInnen konkret?

Die Biomedizin folgt zuallererst einem kurativen Ansatz nach naturwissenschaftlichen Prinzipien. Es wird von einer krankheitsauslösenden Ursache ausgegangen, der eine bestimmte Behandlung folgt. Sowohl Diagnose, als auch Behandlung werden technologie-intensiv durchgeführt. Zwar wird, besonders in privaten Kliniken, großer Wert auf eine umfassende Anamnese gelegt (in Regierungseinrichtungen bleibt dazu

8. Ergebnisse der Datenerhebung

meist die Zeit nicht), aber eine endgültige Diagnose wird erst durch Laboruntersuchungen erstellt. Dies mag zum Teil auch mit der Prävalenz bestimmter Krankheiten einhergehen. Häufige Erkrankungen wie Malaria, Typhus oder Syphilis lassen sich relativ leicht im Labor testen. Wie wichtig die Bestätigung durch technische Geräte ist, zeigen folgende Zitate:

„So at first we ask the patient, what he or she is suffering from, ok, we ask the name, the age, the sex. We take their weight. Then we ask the patient what she or he is suffering from. When someone tells you that I’m having fever, I’m vomiting, I’m having diarrhea, coughing, eh. Something like that. So after telling about that we do investigations to find out what’s really bringing the vomiting.“ (*Enrolled Nurse 2*, 2007)

„So what you must know is the signs and symptoms of most of the conditions, right. If someone tells you: I have diarrhea, I do vomit, I have fevers, I have uh headache, abdominal pains, general body weakness, what, you may suspect malaria, but still you have to go to take the patient for an investigation about malaria parasites and then at times we know which is for typhoid fever. Then you be a (). If their antibodies are not there, still can treat clinically according to what the patient has told you and most of the time you get the patient cured.“ (*Clinical Officer 1*, 2007)

„The difficulty is when we don’t have enough machines here. That’s the problems we are facing here.“ (Laborassistentin 1, 2007)

Die Behandlung der PatientInnen wird oft mittels, z.T. starker, Medikation durchgeführt. In den meisten Fällen greift biomedizinisches Personal zu Antibiotika. Sogar

8.1. Welches Verhältnis hat biomedizinisches Personal zum Beruf bzw. der Medizin selbst?

bei leichteren Erkrankungen wird eine lange Liste von Medikamenten verschrieben. Da dies sowohl in privaten, wie auch in staatlichen Einrichtungen der Fall war, kann das Profitmotiv ausgeschlossen werden. Schon in der Ausbildung, die ja meist in größeren Krankenhäusern mit relativ guter Ausstattung verbracht wird, wird der Glaube und das Vertrauen in Pharmaprodukte geschürt. Dies macht es für das Personal nur noch schwieriger mit der mangelnden Versorgung mit Medikamenten, besonders in staatlichen Einrichtungen, umzugehen.

„Sometimes you ((clears his throat)) you order for drugs and then they are not there at the pharmacy in the government hospitals, they have to go outside. The pharmacists there they do what the they pay them, you understand. so for that i i it really gives you a hard time okay, [...].“ (*Clinical Officer 2*, 2007)

„Then you can get a patient when his diagnose, his sickness needs a drug which is not at the station, it is supposed to be bought. And this is a patient who can't afford. I really feel bad, because I can't buy for him or her.“ (*Enrolled Nurse 3*, 2007)

„So when it reaches that extend that the drugs don't is available and the patient can't afford to buy, because they are being sold in the drug shops. That thing really hurts me there I find myself in difficulties, sometimes I improvise. Maybe let me try this or that one at times, it makes the patient to stay for long.“ (*Enrolled Nurse 3*, 2007)

Der kartesianische Dualismus, die Trennung von Körper und Geist, zeigt sich in verschiedenen Vorstellungsbereichen des biomedizinischen Personals. Die Hervorhebung

8. Ergebnisse der Datenerhebung

von biologischen Krankheitsursachen führt zu der Vernachlässigung psychosozio-kultureller Faktoren, die nicht rational-objektiv nachgewiesen werden können. Diese geistigen Phänomene bleiben die Domäne der Religion. So kann man in der Vorstellung biomedizinischen Personals auch von einer Assoziation von Biomedizin mit Naturwissenschaft, Objektivität, Rationalität und von traditioneller Medizin mit Religion, Subjektivität und Irrationalität ausgehen. Traditionelle Medizin wird als der Biomedizin untergeordnet angesehen. Wenn sie auch nicht als schädlich gilt, wird ihr zumindest keinerlei Wirkung, die über den Plazebo-Effekt bzw. religiösen Glauben an die Heilung hinausgeht, zuerkannt. Andererseits wurde mir aber auch erklärt, dass aufgrund falscher Dosierungen eine schädliche Wirkung sehrwohl eintreten kann. Oft werden traditionelle Vorstellungen als der Modernisierung im Wege stehend verurteilt. Im Allgemeinen werden traditionelle HeilerInnen von biomedizinischem Personal in „Witchdoctors“ und Herbalisten unterteilt. Auch hier sehen wir wieder diese Trennung zwischen Körper/Objektivität/Rationalität auf der Seite der Herbalisten, die vom biomedizinischen System (Personal, Regierung, Multinationale Organisationen) anerkannt werden, und Geist/Glauben/Irrationalität auf Seiten der „Witchdoctors“, die vom biomedizinischen Personal als (böses) Aushängeschild für traditionelle Vorstellungen gebraucht werden. Kräuter sind etwas Materielles, Greifbares. Somit lässt sich die Kräuterheilkunde einfacher in das naturwissenschaftlich-rationale System der Biomedizin einbinden. Die Einstellung des biomedizinischen Personals zur traditionellen Medizin sollen folgende Zitate verdeutlichen.

„And also, these drugs expire, hm. Those herbs, if you keep them somewhere there comes a time where they are no longer active. So they should put their controls ah to make sure that these drugs not to be used beyond a certain limit of time. And these drugs should be stored in a proper package. But I found some of them are not put in proper packages, they get infected, they get destroyed. So there should be controls by

8.1. *Welches Verhältnis hat biomedizinisches Personal zum Beruf bzw. der Medizin selbst?*

government to make sure they are well packaged, there is a expiratory dra, I mean a date of expiration that you don't use them even when they have expired. There should be a control that these drugs have got these limits of diseases, not too many diseases, yeah.

I: Like in the western medicine, ()

IP: Eh, yes.“ (Doktor 1, 2007)

„Some people get healed from there. I don't know, it depends on your belief. Belief, you know. You know belief is also very strong for someone as believe as for someone who really has belief that you Daniela can heal him, you know if he really believes you treat him and he heals, you'll treat him and he heals. So people go there when they have belief ehhe and they heal.“ (*Clinical Officer 2*, 2007)

„Yeah, some people use it, especially in villages ((short laughing during the word villages)).“ (*Enrolled Nurse 2*, 2007)

„No, for us, once you are a medical, you don't believe in these other traditions, traditional herbs and traditional drugs, but people, people end up using them.“ (*Clinical Officer 1*, 2007)

Im Zuge eines informellen Gesprächs habe ich folgende Aussage schriftlich aufgezeichnet:

„I think it is because of primitivity, not knowing what to do. [...] And then there is also herbs, you know. The traditional drugs, they make them.“ (*Enrolled Nurse 1*, 2007)

8. Ergebnisse der Datenerhebung

Natürlich gibt es auch entgegengesetzte Meinungen, also ein positives Verhältnis zur traditionellen Medizin. In den meisten Fällen sogar haben biomedizinische MitarbeiterInnen eine ambivalente Beziehung zur traditionellen Medizin. Einerseits werden negative Aussagen über sie gemacht, andererseits konnte ich durch Beobachtung feststellen, dass sowohl PatientInnen, als auch MitarbeiterInnen traditionelle Arzneien einnehmen. So eröffnete mir der Arzt und Inhaber der Klinik St.M. in einem informellen Gespräch:

„You know, here in Africa we have another kind of medicine. And it is the first medicine, first you go to a herbalist and a lot of people use it. You know, they grew up with it. And not just the farmers or what. Even educated people attend to those herbalists. Even me, I go first to a herbalist.“ (Doktor 1, 2007)

Die Hervorhebung der biologischen Krankheitsursachen (Malariaparasiten, Bakterien, etc.) führt aber auch zu einer Entfremdung des biomedizinischen Personals vom Patienten/von der Patientin. Dies zeigt sich besonders im Rückzug der Pflegekräfte von den PatientInnen. Biomedizinisches Personal jeden Ranges erfüllt ausschließlich biomedizinische Aufgaben. Der Patient/Die Patientin wird zu einem Fall. Eine nähere pflegerische Auseinandersetzung mit PatientInnen – sollte es überhaupt zu einer solchen kommen – basiert nur auf persönlichem Interesse und Mitgefühl und wird keineswegs erwartet. Die eigentliche Pflege der PatientInnen wird von den Angehörigen geleistet. Diese sind meist Frauen, die während der Krankheitsepisode bei dem/der Kranken im Krankenhaus bleiben und für dessen/deren Wohlbefinden sorgen (Essen, Körperpflege, etc.). Andererseits muss hier angemerkt werden, dass die schon erwähnte Trendwende hin zu einem holistischeren Ansatz auch in den für die Erhebung besuchten Einrichtungen zu sehen ist. In einem informellen Gespräch betonte der Arzt der St.M.-Klinik:

8.2. *Wie sieht die Beziehung des biomedizinischen Personals zu PatientInnen aus?*

„You know, in terminally ill people, we say that you have to treat first the pain, the physical and the spiritual.“ (Doktor 1, 2007)

Und anderntags merkte er an:

„So you see, a doctor must realize the physical pain, the social background, and the spiritual part.“ (Doktor 1, 2007)

In diesem Abschnitt haben wir gesehen, dass der Fokus der Biomedizin auch in Uganda auf dem naturwissenschaftlich-kurativen Ansatz beruht. Diagnose und Behandlung sind technologieintensiv und invasiv. Der Glaube an die Vorstellungswelt der westlichen Biomedizin bringt meist eine Abwertung der eigenen traditionellen Denkweise mit sich, auch wenn diese (noch) nicht völlig abgelegt wurde. Die biomedizinische Ausbildung, aber auch die Einstellungen des Personals selbst, reproduzieren somit Grundannahmen und Verhaltensregeln der Biomedizin. Aber auch der biomedizinische Trend hin zu einem holistischeren Ansatz scheint für einige MitarbeiterInnen eine geeignete Alternative zu sein. Über die Einstellung des biomedizinischen Personals gegenüber PatientInnen soll der nächste Abschnitt Auskunft geben.

8.2. Wie sieht die Beziehung des biomedizinischen Personals zu PatientInnen aus?

Ich gehe in diesem Abschnitt von der Annahme aus, dass biomedizinisches Personal verschiedene Arten von Autorität, wie sie im Theorieteil besprochen wurden, über die PatientInnen ausübt.

Die asymmetrische Beziehung zwischen Personal und PatientInnen bezeichnet der

8. Ergebnisse der Datenerhebung

Soziologe Kodjo A. Senah als klinischen Ethnozentrismus (Senah 2002:43ff). Eine Entfremdung von der Patientin/ dem Patienten erwächst gleichsam aus der Entfremdung von der traditionellen Vorstellungswelt und Denkweise (ebd.). Auch der Anthropologe Omafume Onoge stellt eine Assoziation des biomedizinischen Personals in Afrika mit der westlich orientierten Elite fest, die traditionelle Vorstellungen (der PatientInnen) als rückständig ansehen (Onoge 1975:224). Meine eigenen Forschungsergebnisse zeichnen dasselbe Bild. Biomedizinisches Personal versteht PatientInnen als ihnen unterlegen, und zwar in moralischer, geistiger und sozialer Hinsicht. Eine *Enrolled Nurse* äußert sich über die Moral der PatientInnen wie folgt:

„[...T]hey just come and we are supposed to do everything. Some patients even can refuse to bathe, one person he can bathe himself but he refuses, you tell him, he abuses you. Some others can refuse treatment. Some others you can tell them we don't have that drug you're supposed to buy it, we don't have it. The patients starts shouting at you: you are deceiving, they are paying you, you just want me to buy, what, what, what. For us we are abused and we don't know what to do because we have ethics.“ (*Enrolled Nurse* 3,2007)

Bezüglich der geistigen Unterlegenheit der PatientInnen scheint mir diese Aussage eines *Clinical Officers* am treffendsten.

„And also these patients who take long before coming here. They first go to the traditional healers. They want, you know, they go after feeling for a year. Here someone comes with a dislocated shoulder for a full year, you can wonder how I will be able to doing, to reduce this one, understand?“ (*Clinical Officer* 2, 2007)

8.2. Wie sieht die Beziehung des biomedizinischen Personals zu PatientInnen aus?

Eine *Enrolled Nurse* nimmt im Interview auf die geistige Unterlegenheit der PatientInnen Bezug.

„[...] they think you can do everything. But for us, when they come here, we give them advice and advise them to see special..., specialists for their cases, yeah.“ (*Enrolled Nurse 2, 2007*)

Eine weitere *Enrolled Nurse* in der St.M. Klinik erläuterte mir die sozialen Verhältnisse der PatientInnen in einem informellen Gespräch.

„You see, many diseases also come from poor hygiene, like diarrhea, vomiting. The problem is to be primitive. The people are primitive and also poverty. [...] It is a problem because of poor diet and even in the village. Maybe in the village you can find a woman without a husband, [...] but she might even have some cows and a plantation and what, but the kids are not fed! I think it is because of primitivity, not knowing what to do. So the children have malnutrition and low immunity and then they get infections, and they come here and we should treat them. You know some are drunkards, hm ((pejorative look)). They just spend all the money for what? For omwenge [Alkohol, Anm. der Verf.]. And then there is also herbs, you know. The traditional drugs, they make them.“ (*Enrolled Nurse 1, 2007*)

Dass biomedizinisches Personal zu traditionellen Vorstellungen ein ambivalentes Verhältnis hat, haben wir schon im vorherigen Abschnitt erörtert. Dies soll hier dafür ausgespart bleiben. Die biomedizinische Elite nimmt aber nicht nur westliche naturwissenschaftliche Denkweisen als überlegen an, sondern auch sich selbst als ExpertInnen dieses Wissens. Aufgrund dieser zweifachen übergeordneten Position übt das

8. Ergebnisse der Datenerhebung

biomedizinische Personal kulturelle Autorität innerhalb, aber auch außerhalb des biomedizinischen Bereiches aus. Innerhalb der Biomedizin zeigt sich dies im Verhalten der PatientInnen. Es gibt in Buganda (wie häufig auch in anderen Teilen Afrikas) zum Beispiel die Tradition, dass sich im Status Niedrigere vor den höher Stehenden hinknien (Frauen vor Männern, Jüngere vor Älteren, etc.). Oft wurde ich Zeuge wie PatientInnen vor dem Personal knien. Dabei konnte es auch vorkommen dass ein älterer Mann vor einer jungen *Clinical Officer* kniet, was ein Zeichen von höchster Unterwürfigkeit ist, da Männer im Normalfall nie vor Frauen niederknien. Ansonsten verhalten sich PatientInnen gegenüber dem Personal recht zaghaft oder scheu. Sie sehen zu Boden, reden leise, sitzen gebeugt und hängen an den Worten des Personals. Auf der Seite des biomedizinischen Personals sieht es anders aus. Den PatientInnen wird meist wenig Respekt entgegengebracht. Besonders im staatlichen Krankenhaus wurden PatientInnen oft schlecht behandelt. Das Personal kommt zu spät oder geht früher und lässt die Station unbeaufsichtigt, PatientInnen werden ignoriert oder sogar verspottet.

Bspw. kamen die 4 *Clinical Officers* der ambulanten Station (Out-Patient-department) um fast 2 Stunden zu spät. Obwohl viele PatientInnen warteten, nahm nur eine der Frauen die Anamnesen vor, während die anderen miteinander redeten. Von den PatientInnen wurde zunächst keine Notiz genommen, erst nach einigen Minuten wandte sich die *Clinical Officer* ihnen zu. Die Anamnese selbst dauerte ca. eine Minute, in der die PatientInnen meist keines Blickes gewürdigt wurden.

Ein anderes Beispiel ist eine *Registered Nurse* aus der Abteilung für Immunisierung und Schwangerschaftsfürsorge. Ich konnte sie oft beobachten, wie sie sich über junge Mütter lustig macht. Ein ganz junges Mädchen, das mit ihrem ersten Kind schwanger war, fing sogar an zu weinen. Dazu passt ihre hohe moralische Einstellung, die sie mit Nachdruck mir gegenüber aussprach.

„You see, this is the problem here. This woman is 28 and she has 6

8.2. Wie sieht die Beziehung des biomedizinischen Personals zu PatientInnen aus?

children, one times twins. The people get too many children. They just produce and then they think it will work out, but the education is very expensive here, especially the higher education.“ (*Registered Nurse 3*, 2007)

Dieselbe Patientin beklagte sich bei dieser *Registered Nurse*, dass sie gestern aufgrund der langen Wartezeit ohnmächtig wurde. Die Reaktion der *Registered Nurse* war, dass sie die Patientin anfauchte und zu mir gewandt sagte:

„Sometimes it takes long to be examined. The patient complained, that she fainted, when she had to stand long. They don't take nothing before they come here, they think it does not take long. Tz!“ (*Registered Nurse 3*, 2007)

Um dem breiten Spektrum von Charakteren unter dem biomedizinischen Personal gerecht zu werden, muss auch erwähnt werden, dass es natürlich auch Pflegekräfte oder ÄrztInnen gibt, die es gut meinen und Mitleid mit den PatientInnen haben.

„IP2: For me I wanted to help them, .. the sick ones, mm.

IP1: And okay to save the lives of the

IP2: save lives!

IP1: the patients.“ (*Registered Nurse 1* und *Enrolled Nurse 4*, 2007)

„I started feeling a lot of sympathy for people, wanting to give them pain relief, aaa making sure that patien patients don't suffer and give them good health.“ (*Doktor 1*, 2007)

„And someone dying. You feel bad ((very low, whispering the word 'bad')). I feel like I have not helped.“ (*Enrolled Nurse 2*, 2007)

8. Ergebnisse der Datenerhebung

Wie wir aus dem oben Ausgeführten schon erahnen können, folgen die Autoritätsbeziehungen zwischen Personal und PatientInnen nicht nur der biomedizinischen Hegemonie, sondern finden genauso in der Arena des traditionellen Statussystems ihre Wurzeln. Die kulturelle Autorität der Biomedizin ist durchwachsen von traditionellen Werten in Bezug auf Alter, Geschlecht und Gesellschaftsschicht. Dazu seien hier 3 Beispiele angeführt. In der Diabetes-Station im staatlichen Krankenhaus fiel mir auf, dass die Stimmung bei männlichen Patienten ernsthafter war als bei Patientinnen. Es wurde leise gesprochen und sich kurz gehalten (das Gespräch war deutlich kürzer als bei Patientinnen), es wurde nicht gelächelt und sowohl Patient, als auch die *Registered Nurse* saßen steif auf ihren Hockern. Diese Situation drückt die Verworrenheit zwischen traditionellen Werten und neuer biomedizinischer Situation aus. Einerseits sollte die junge Frau (*Registered Nurse*) dem älteren Mann (Patient) höchsten Respekt erweisen. Andererseits steht die *Registered Nurse* mit ihrem ExpertInnenstatus und durch ihre kulturelle Autorität über dem Patienten. Beide Beteiligten wissen nicht, was zu tun ist, und halten sich vorsichtig zurück. In der Klinik St.M. sollte einem Jugendlichen von vielleicht 15 Jahren die Infusionsnadel herausgezogen werden. Die *Nursing Assistant* behandelte den jungen Mann herausfordernd. Er sollte ihr die Hand mit der Infusionsnadel geben, schien aber etwas verwirrt und gab ihr die andere Hand. Daraufhin rollte sie mit den Augen, schüttelte den Kopf und nahm die richtige Hand mit einer ruckartigen, unliebsamen Bewegung. Auch im staatlichen Krankenhaus konnte ich ein solches Verhalten gegenüber Jugendlichen beobachten. Die jungen Leute sind schüchtern und sprechen sehr leise, woraufhin die Pflegekräfte mit schroffem Nachfragen reagieren. Dahingegen werden Kinder recht freundlich behandelt und Ältere mit ernsthaftem (junges Personal) oder freundschaftlichem (älteres Personal) Ton. Im Bezug auf unterschiedliche Gesellschaftsschichten möchte ich 2 Situationen aus der Privatklinik St. J. beschreiben.

8.2. Wie sieht die Beziehung des biomedizinischen Personals zu PatientInnen aus?

Eine gut situierte ältere Dame kam als Angehörige mit ihrem Enkel, der Malaria hatte, in die Klinik. Sofort tummelten sich die Krankenpflegerinnen um sie. Eine holte ihr Wasser aus der Cafeteria, die anderen unterhielten sie und brachten die Medikamente für den Enkel.

Anderntags kam eine junge Mutter mit ihrer 3-jährigen Tochter, die an einem Arm und am Oberkörper ernste Verbrühungen hatte. Sie hatte kein Geld die Behandlung zu bezahlen. Sobald der *Clinical Officer* dies herausfand, sprach er kein Wort mehr mit ihr, sondern holte nur eine *Nursing Assistant*, die ihr klarmachte, dass sie hier nicht behandelt werde und ins staatliche Krankenhaus fahren müsse. Dabei stand sie hinter der Mutter und musterte sie von oben bis unten. Etwas später erklärte mir der *Clinical Officer* im Interview:

„Yeah like the woman, she doesn't bring money but after which wants treatment. And yet you cannot provide after which if you don't help her, she go home of quarreling of: They have not helped me, they are not done what, they are not, and thats what I must, I don't want to comment people, but I end up getting bad attitudes with them due to what they want but they don't have enough money to provide them with the services they want.“ (*Clinical Officer* 1, 2007)

Inwieweit westliche oder traditionelle Vorstellungen bei den Patienten die Oberhand nehmen hat großen Einfluss auf die Einhaltung biomedizinischer Ratschläge (compliance). Auch Senah stellt eine Verbindung her zwischen compliance und kultureller Autorität. Über die tatsächliche Einhaltung durch die PatientInnen gehen die Meinungen des Personals auseinander.

„And then too, we have got some incooperative patients.[...]And then someone comes back, when he has dismanteled your, you know, your

8. Ergebnisse der Datenerhebung

things, then and okay you realize that you really done nothing eh. That you've you've given your full time, the patient hasn't healed [...]" (*Clinical Officer 2*, 2007)

„You have to educate them every day. They come, they always forget how to take the pills. They have the problem of forgetting. So, you have to tell them every time they come.“ (*Registered Nurse 2*, 2007)

„We do, we train them from here, because mostly as we admit someone with a with a our dispense the drugs to the patient and we monitor him or her as he or she takes the drugs. And at times the patients who are OPD¹, we do give them drugs and then at times ah we tell them to swallow before they go. So that they get the correct directions of how they should take the drugs. But they take, because they always get cured.“ (*Clinical Officer 1*, 2007)

Hier möchte ich jedoch anmerken, dass, auf der Seite des biomedizinischen Personals, es oft verabsäumt wird PatientInnen genügend in Kenntnis zu setzen über die genaue Anwendung der Medikamente. So wurden vielen PatientInnen Medikamente ohne jegliche Erklärung ausgehändigt oder die Anwendung wurde der 7-jährigen Schwester des Patienten erläutert.

Die Autorität des Personals reicht aber auch über den Biomedizinischen Sektor hinaus. So z.B. bei der Beratung zu Infektionskrankheiten einschließlich HIV/Aids oder zu Hygiene und Ernährung. Neben der folgenden Aussage, sei auch auf die zahlreichen Poster in den biomedizinischen Einrichtungen verwiesen (siehe Anhang A).

¹Abkürzung für Out-Patient Department, also die ambulante Abteilung.

8.2. Wie sieht die Beziehung des biomedizinischen Personals zu PatientInnen aus?

„[...] so sometimes we have to talk the.. to the patient, counsel, advise, some people are just hygienically poor. So, if we educate them how to use boiled water, how to keep their food, how to clean their home, clear bushes around the home, cause ahm mosquitoes are due to bushes around the home. And even educate them about feeding, yeah, even feeding can cause sickness, especially in children, and a child is malnourished, is having malnutrition. So some children it might be due to poor feeding, but okay, feeding is, nutrition is wide. There is, when you eat something which contains no .. value, eh. Or even when they, something you're eating is insufficient, just you eat very little, eh. When it's not seen or no care or even it's it's eh someone is sick is not having appetite. But in most cases malnutrition is due to ... eating something which has no value, eh. What, it contains no proteins, it contains, and in village they are very good at/ they are very common at eating carbohydrates without proteins.“ (*Enrolled Nurse 2,2007*)

Rituale in Diagnose und Behandlung (so z.B. Anamnese, Visite und routinemäßige Behandlungszeiten) reproduzieren kulturelle Autorität. Sehen wir uns dies – Bezug nehmend auf die von Moore/Myerhoff (1977: 7f) entworfenen Merkmale von Ritualen – anhand der Visite an. Die Visite wird regelmäßig durchgeführt und hat damit einen evokativen Charakter. Dramaturgisches Handeln stelle ich vor allem im Bereich der biomedizinischen Hierarchie fest. Darauf soll im nächsten Abschnitt noch näher eingegangen werden (bspw. „Doctor-nurse game“). Sowohl Personal als auch PatientInnen verhalten sich speziell, also der Situation angepasst. PatientInnen und Angehörige warten beim Krankenbett und das Personal geht von Patient/in zu Patient/in. Dies ist auch die besondere Ordnung des Rituals. Die Reproduktion von Autorität zwischen biomedizinischem Personal und zu den PatientInnen kann als soziale Bedeutung gesehen werden. Bezüglich der 5 Ergebnisebenen von Ritualen

8. *Ergebnisse der Datenerhebung*

(Moore/Myerhoff 1977:16f) ist der explizite Zweck der Visite die Verfolgung des Gesundheitszustandes der PatientInnen. Ein Beispiel für explizite Symbole ist der Status des Arztes, der hierarchisch über den PatientInnen steht. Der Arzt in St.M. betrat bspw. eine Matte, die auf dem Boden, zum Sitzen, ausgebreitet war, mit Schuhen, obwohl dies unter normalen Umständen nicht erlaubt ist. Es werden die Schuhe ausgezogen. Darauf bezugnehmend kann als implizite Aussage des Rituals der gesellschaftliche Konflikt zwischen westlicher Biomedizin und traditionellen Vorstellungen gelten. Die noch junge Ordnung der Biomedizin soll so aufrecht erhalten werden.

Auf der anderen Seite steht die soziale Autorität, die über die PatientInnen ausgeübt wird, also die Abhängigkeit von biomedizinischem Personal. Der Zugang zu biomedizinischen Einrichtungen ist oft infrastrukturell oder finanziell beschränkt. So erzählten mir PatientInnen, dass sie die Privatklinik St.J. aufsuchen, weil sie nicht bis zum staatlichen Hospital mit dem überbesetzten Taxi fahren wollten oder konnten. Bei speziellen Krankheiten zeigen sich infrastrukturelle Mängel frappanter. Bspw. sah ich im staatlichen Krankenhaus ein Baby mit Klumpfüßen. Eine adäquate Behandlung, in diesem Fall eine Operation, ist nur im Mulago Hospital in Kampala möglich. Für die Eltern ist aus sozioökonomischen Gründen (das Land muss bestellt werden, die Reise kostet Geld) die Behandlung des Kindes nicht möglich. In der Klinik St. M. traf ich auf einen Vater, dessen Sohn einen Herzfehler hatte. Die notwendige Operation ist in Uganda überhaupt nicht möglich. Man bot ihm an für die Behandlung nach Indien zu reisen.

Auch in finanzieller Hinsicht ist der Zugang zu biomedizinischen Einrichtungen eingeschränkt. Zwar sind staatliche Krankenhäuser in Uganda unentgeltlich, doch ist die Qualität der Versorgung niedrig. Lange Wartezeiten und überfüllte Stationen sind kein Einzelfall. Durch die hohe PatientInnenzahl und Zweckentfremdung des

8.2. Wie sieht die Beziehung des biomedizinischen Personals zu PatientInnen aus?

Materials durch das Personal, sind biomedizinische Ressourcen knapp oder zum Teil nicht vorhanden. Gehen Medikamente oder Materialien (Verbandsmaterial, Infusionsschläuche, Spritzen und Nadeln, etc.) aus, müssen PatientInnen diese selbst in der Krankenhausapotheke kaufen. Die Leistbarkeit ist für einige PatientInnen nicht gegeben. Daher kommt auch das Personal in einen Zweckkonflikt. Eine *Enrolled Nurse* im staatlichen Hospital bringt es auf den Punkt.

„[...] we have problems, like you have seen some drugs are not enough, some people are too poor they can't, that they can't afford. The government is, brought it like a cost sharing thing. That it brings some drugs, then it, what it can also afford they are available at a station, then others are not available. Then you can get a patient when his diagnose, his sickness needs a drug which is not at the station, it is supposed to be bought. And this is a patient who can't afford. I really feel bad, because I can't buy for him or her. Because if I told they come, around 5, even tomorrow I get 4, where will I end. [...] So when it reaches that extend that the drugs don't is available and the patient can't afford to buy, because they are being sold in the drug shops. That thing really hurts me. There I find myself in difficulties, sometimes I improvise. Maybe let me try this or that one at times, it makes the patient to stay for long. Maybe the sickness needs a stronger drug and the drug which is at the station is ah needs a sickness which is not too strong, so. That is the problem I get.“ (*Enrolled Nurse 3, 2007*)

Ein anderes Problem des staatlichen Sektors ist Korruption. Die Leistungen sind zwar gratis, jedoch fordern einzelne Pflegekräfte oder ÄrztInnen Bestechungsgelder für eine schnellere Behandlung oder für das „Glücken“ einer Operation. Dies

8. Ergebnisse der Datenerhebung

erzählten mir einige PatientInnen. Ich selbst konnte dies nur in der Abteilung für Familienplanung beobachten, wo der *Registered Nurse* quasi ein „Trinkgeld“ gegeben wurde.

Aber auch in privaten Einrichtungen, die vorrangig von gehobeneren Schichten aufgesucht werden, bleibt die Versorgung rudimentär. Hier sind zwar Materialien vorhanden, sie müssen jedoch von den PatientInnen bezahlt werden. Kleinere Private Kliniken bieten meist nur Behandlungen der häufig auftretenden Krankheiten an und überweisen die PatientInnen allenfalls an das staatliche Hospital.

Auch in diesem Unterkapitel bemerken wir wieder das ambivalente Verhältnis des biomedizinischen Personals zur eigenen Tradition. PatientInnen stehen tendentiell traditionellen Vorstellungen näher als die MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen. Dies führt zur Entfremdung von den PatientInnen, also zu dem, was Senah „klinischen Ethnozentrismus“ nennt. Dennoch erkennen PatientInnen auch die Legitimität (kulturelle Autorität) der Biomedizin an, indem sie biomedizinische Einrichtungen besuchen, großen Respekt vor der Kompetenz des Personals haben und deren Autorität auch über den biomedizinischen Bereich hinaus schätzen. Verstärkt wird dies aber auch durch das Verhalten des Personals gegenüber den PatientInnen. Umgekehrt erkennen MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen zum Teil die Legitimität traditioneller Verhaltensweisen an, indem sie sich auch nach traditionellen Statusdifferenzen richten. Die kulturelle Autorität geht der sozialen Autorität voraus. PatientInnen vertrauen auf die Biomedizin (zumindest bei bestimmten Krankheiten), denn traditionelle Heiler gibt es viele, die darüber hinaus in der Nähe ihrer PatientInnen praktizieren. Dennoch werden oft beschwerliche Wege zu biomedizinischen Einrichtungen auf sich genommen. Wie die Autoritätsstruktur zwischen den MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen aussieht, soll nun das Thema sein.

8.3. *Wie verhalten sich MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen zueinander?*

8.3. Wie verhalten sich MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen zueinander?

In diesem Abschnitt soll gezeigt werden, dass in biomedizinischen Einrichtungen eine Diskrepanz zwischen formeller und informeller Hierarchie auf der einen Seite, und der Verschleierung dieser auf der anderen Seite herrscht. Unter formeller Hierarchie verstehe ich das in Kapitel 5.3 dargelegte System der verschiedenen biomedizinischen Berufsgruppen. Die informelle Hierarchie in Krankenhäusern und Kliniken basiert auf gesamtgesellschaftlichen Statusdifferenzen. So kommt es auf der einen Seite zur Verwischung der Grenzen zwischen den Berufsgruppen, auf der anderen Seite aber auch zur starken Betonung der Hierarchie. Dies soll nun näher erläutert werden.

Die Zielsetzung biomedizinischer Berufe kann – wie in Kapitel 3.2 ausgeführt wurde – nach Rohde als ähnlich angenommen werden. Daraus ergibt sich eine grundsätzliche Übereinstimmung der Rollen von biomedizinischen MitarbeiterInnen eines Krankenhauses oder einer Klinik (vgl. Rohde 1974:277ff). Laut den Ergebnissen meiner Erhebung zeichnet sich in Bezug auf die 4 Rollen Aspekte biomedizinischen Personals (vgl. Parsons 1951:434f) ein widersprüchliches Bild ab. Während in staatlichen Einrichtungen Universalismus und Kollektivorientierung (zumindest offiziell) Zielsetzungen des Personals sind, schließt der Grundgedanke der Privatklinik diese beiden Punkte a priori aus. Private AnbieterInnen sind auf die Bezahlung der Leistungen durch PatientInnen angewiesen. Dies bedeutet, dass PatientInnen, die das notwendige Geld nicht aufbringen können, nicht behandelt werden und somit deren Wohlergehen nicht im Mittelpunkt steht. Die folgenden Zitate sollen dies belegen.

„But here [private clinic, Anm. der Verf.] we know that someone is going to pay and that money is the one, which is going to help us.“ (*Enrolled Nurse* 2, 2007)

8. Ergebnisse der Datenerhebung

„Most of the time they get free drains. Drugs are given. You can give freely to patients, that is it. But here we charge and ah you know at times we charge according to the price of drugs and we happen to get at least some money to pay the nurses here, then also to build up some other buildings. And to buy some other equipments.“ (*Clinical Officer 1*, 2007)

Der Arzt der Klinik St. M. erzählte mir folgendes:

„Okay there are some doctors who don't care. If you can't pay, you can't pay, you go! I know one doctor in this town. A patient was taken to him from my village, my home area, my where I stay. And that patient remained there for 30 minutes, he put on a drip. The patient was in a very critical condition. And after 30 minutes that patient died. And immediately he said: I want 50.000. And ah the relatives they don't have the 50, because the patient just acutely became sick. They were not prepared with money and the patient died 30 minutes up and the doctor said: My service is 50.000. No 50.000 you don't take the dead body. So the relatives have to run back to their village, borrow money around and waste the 50.000.“ (*Doktor 1*, 2007)

Aber auch im privaten Sektor, gibt es AnbieterInnen, denen das Wohl der PatientInnen am Herzen liegt.

„It's not a paying job. If you are human huma a very kind doctor, it's not a paying job. Cause you're working, you see the people you see are very poor. And when you calculate the drugs are given, I don't profit much, eh, and put it there, even most of them can't pay. And then it

8.3. Wie verhalten sich MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen zueinander?

becomes a dilemma: Should I reduce the dose? should I deny him the drug and he dies? So it is a difficult thing.“ (Doktor 1, 2007)

„[...] so what I'm saying not all doctors are like what I am stating it. I feel a bit more I obliged to help the patient. Some they are, they are business-oriented, but as far as I'm concerned I'm afraid to be very business oriented. Okay, some people laugh at me for that ((Laughing)) but this is what I am and that's what I feel and I cannot manage. So it causes me problem. It's a problem for me.“ (Doktor 1, 2007)

Staatliche Einrichtungen sind wie schon erwähnt unentgeltlich, verfügen aber über zu wenig Ressourcen um allen PatientInnen eine adäquate Behandlung zuteil werden zu lassen.

„Then too, then a a I mean on the other hand the cl the private clinics of course you have to pay, for each and everything that you use, even the bed, even they it is a spoon you have to pay for it, you know. But okay government you may think that okay everything is free from point one to point hundred of a million and everything, consultations, treatment, ahh examinations, they are all supposed to be free, just cause there is sometimes really fail and then some of the materials people have to just improvise, you know. They have to buy them the resource and the drugs. Sometimes you ((clears his throat)) you order for drugs and then they are not there at the pharmacy in the government hospitals, they have to go outside.“ (*Clinical Officer 2*, 2007)

Zusätzlich erfuhr ich aus Erzählungen – wie schon erwähnt, dass einzelne MitarbeiterInnen Bestechungsgelder verlangen und PatientInnen mit schlechterer Behandlung drohen, sollten sie die geforderte Summe nicht aufbringen.

8. Ergebnisse der Datenerhebung

Durch Mangel an gut ausgebildetem Personal sind die Funktionen, die die MitarbeiterInnen ausüben, auch innerhalb der Berufsgruppen höchst unterschiedlich. Kleinere Einrichtungen werden oft von nicht dafür ausgebildeten Pflegekräften geführt. In der Klinik St. J. gab es bspw. keinen Arzt, sondern nur einen *Clinical Officer*, der an 4 Tagen in der Woche Dienst hatte. Die Verantwortliche war ansonsten die *Enrolled Nurse*.

In der Klinik St. M. wurde Diagnose und Behandlung, wenn der Doktor nicht anwesend war, sowohl von *Enrolled Nurses* als auch von *Nursing Assistants* durchgeführt. Auch im staatlichen Krankenhaus übernahmen oft *Enrolled Nurses* die Funktionen einer *Registered Nurse*, falls diese verhindert war. So wurde z.B. die Aufnahme und erste Befragung der PatientInnen oft von *Enrolled Nurses* ausgeführt.

Andererseits kommt es auch vor, dass ÄrztInnen Tätigkeiten ausführen, die nicht unbedingt ihrer hohen Kompetenz entsprechen. So übernimmt bspw. der Arzt der St. M. Klinik eigentlich die Rolle eines *Clinical Officer* oder einer Pflegekraft, da die für die rein ärztlichen Aufgaben bestimmte Ausstattung nicht gegeben ist (es gibt keinen OP, keine Ressourcen für schwierigere Fälle). Auf die Frage ob hier in der St. M. Klinik Operationen durchgeführt werden antwortete der Arzt:

„I would, if I had the facilities. I'm capable of doing it, but I don't have the necessary theater facilities to do it. So what I do are simple, simple operations like if somebody .. You know an abscess?

I: Mm.

IP: Pus, I can remove pus. If somebody comes with a a cut wound, which needs stitching, I can stitch. But say if a lady fails to deliver, I cannot open her uterus and take out the baby.“ (Doktor 1, 2007)

Herausforderungen auf dem biomedizinischen Gebiet gibt es kaum.

8.3. Wie verhalten sich MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen zueinander?

„Here, okay, everywhere in Uganda the commonest problem is malaria, then respiratory tract infection, then diarrheal diseases, then we see HIV/Aids, then we see high blood pressure, we see sugar disease, you know diabetes.“ (Doktor 1, 2007)

Affektive Neutralität war in keiner der von mir besuchten Einrichtungen gegeben. Die Behandlung der PatientInnen folgte – wie wir im vorherigen Abschnitt schon festgestellt haben – subjektiven Kriterien von Status und Sympathie.

Aufgrund der ähnlichen Zielsetzung der verschiedenen Berufsgruppen und der Ausübung derselben Funktionen durch die verschiedenen Berufsgruppen wird die formelle, auf unterschiedlichen Ausbildungen gegründete, Hierarchie verschleiert. Dies zeigt sich besonders in der Wahrnehmung der PatientInnen. So wird z.B. der Ausdruck „Omusawo“ für jegliches biomedizinisches Personal verwendet, sei es für ÄrztInnen oder für *Nursing Assistants*.

„For them [the patients, Anm. der Verf.], whenever they hear 'Omusawo, omusawo, nurse, nurse', eh? or 'doctor, doctor', they think you can do everything. But for us, when they come here, we give them advise and advise them to see special, specialists for their cases, yeah. and we treat the cases we can manage.“ (*Enrolled Nurse 2*, 2007)

Im Allgemeinen wird biomedizinisches Personal sehr respektvoll behandelt wie im letzten Abschnitt schon klar wurde. In Kapitel 5.1 zur traditionellen Medizin in Uganda machen Roscoe und Zeller die Ehrfurcht vor traditionellen HeilerInnen deutlich. Das deckungsgleiche Feld und die Bezeichnung „Omusawo“ für traditionelle und biomedizinische Heilende bringt mich zu der Annahme, dass auch die gesellschaftliche Stellung auf biomedizinisches Personal übergegangen ist. Umgekehrt sind sich

8. Ergebnisse der Datenerhebung

biomedizinische MitarbeiterInnen durchaus ihres hohen Status gegenüber PatientInnen bewusst. Unter den MitarbeiterInnen wird jedoch – vielleicht sogar durch diesen einheitlichen Blick von außen – Hierarchie stark betont, und zwar auf zweifache Weise. Zum Einen wird großer Wert auf die formelle Hierarchie gelegt, zum Anderen gibt es aber auch eine informelle, die mit der ersteren nicht immer übereinstimmt. Formelle Hierarchie gründet sich vor allem auf Ausbildung. Innerhalb der Berufsgruppen wird die Spezialisierung in einem Gebiet als erstrebenswerter Aufstieg betrachtet.

„In the hospital, okay, I'd love to be an orthopedic surgeon, but since I couldn't, there is no degree of orthopedics in Uganda. So I have to come and do medical officers then maybe with that i can really start off with my with my career, my dream career.“ (*Clinical Officer 2, 2007*)

„In my job, actually me I'd like to specialize in children. I really like to be with all kids. I like to become a pediatric nurse, if all goes well. [...] Yeah, mm, even now I can work there, not as a specialist. But I like to work there as a specialist. Now you can work anywhere, they keep changing us. Here, next time in female ward, yeah they change they have a year in pediatric, like that. But when you specialize of course you have to be in that you have trained.“ (*Enrolled Nurse 3, 2007*)

Die kulturelle Autorität der höher Gestellten stützt sich auf deren größere Kompetenz. Alle MitarbeiterInnen erkennen die Grundannahmen der Biomedizin an. Mehr objektives Wissen ist vorteilhaft. Damit stehen formell besser Ausgebildete statusmäßig höher. Ihre Entscheidungen werden als rational begründete angesehen und müssen nicht hinterfragt werden. Eine Überprüfung der Behandlungsoptionen

8.3. Wie verhalten sich MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen zueinander?

durch Pflegekräfte konnte ich jedoch auch häufig beobachten. Diese geschah durch das schon besprochene „Doctor-nurse-game“. Bei der Visite in der Klinik St. M. kam es oft zu solcher Art Unterhaltungen zwischen dem Doktor und der *Enrolled Nurse* 1 oder der Nursing Assitant 1. Ich habe einige dieser Gespräche aufgezeichnet. Eines soll hier beispielhaft dargestellt werden. Die PatientInnen waren eine junge Mutter mit ihrem Säugling. Die Mutter konnte aufgrund einer Krankheit keine Milch produzieren, daher war das Baby unterernährt. Milchfertignahrung war für die Mutter nicht leistbar, deshalb wurde nach Alternativen gesucht. Die *Enrolled Nurse* schlug das Produkt „DISCO“ vor, Trockenmilch mit Mineralien. Der Doktor wog die Vor- und Nachteile ab und meinte dann: „Yes, maybe we try DISCO.“. Soweit also formell höher eingestuftes Personal anwesend ist, liegt die Entscheidungskraft bei ihnen.

„Okay, like in my case, I start from 8 to 5. But again if there is a patient, I can a new one, I have to see that patient. So I have to keep around. [...] Even at 1 am they can call me, if it’s necessary. So someone on the duty cannot be able to ahm to manage that case, and she calls you.“ (*Enrolled Nurse* 2, 2007)

Aber auch soziale Autorität spielt in den Beziehungen zwischen biomedizinischen MitarbeiterInnen eine Rolle. Nicht nur die Verantwortung liegt bei den in der Hierarchie höher Stehenden, Untergebene sind auch abhängig von ihnen. Denn sie entscheiden auch über Versetzungen oder die Entlassung und Einstellung des Personals.

„[The boss is] abusing us ah you go, we’re going to to get another Omu-sawo. If you don’t want to work, you can go. If you don’t want, if you want to increase your money, you can go, we’re going to look another Omusawo.“ (*Nursing Assistant* 3, 2007)

8. Ergebnisse der Datenerhebung

Die formelle Hierarchie ist vor allem in staatlichen Einrichtungen, aber auch in privaten Kliniken an der Kleidung der MitarbeiterInnen zu sehen. Im staatlichen Krankenhaus sind weibliche Pflegekräfte in verschiedenen Uniformen gekleidet. Männliche Krankenpfleger hingegen nicht. Eine genauere Untersuchung der daraus sich ergebenden Genderbeziehungen bietet sich für zukünftige Forschungen an. Hierarchisch höher gestellte Personen wie ÄrztInnen und *Clinical Officers* tragen keine Uniformen. Sie geben sich meist „modern“ in westlicher Business-Kleidung. Auch in der privaten Klinik St. J. tragen der *Clinical Officer* und die *Enrolled Nurse*, die die Klinik leiten keine Uniformen, sondern nur die *Nursing Assistants*. Auch in einem anderen Kontext, nämlich im Operationssaal drückt die Kleidung Hierarchie aus. Bei einer Operation, der ich beiwohnen durfte, war die Krankenpflegerin vorbildlich, was hygienische Maßnahmen betrifft, angezogen. Der Arzt hingegen trug weder Mundschutz noch OP-Haube.

Die Zustimmung zur Autorität drücken folgende Antworten auf die Frage nach der idealen Pflegekraft aus.

„The perfect nurse anyway must be smart, punctual, confidential, mm.. responsible,... knowledgeable. You have to be with some knowledge,... yes. ...mm..Obedient to her superiors, m..mm..mm.. What else?You have to be empathetic, [...].“ (*Enrolled Nurse 1, 2007*)

„IP2: The perfect nurse, okay, eh! The perfect nurse. The perfect nurse

IP1: must go to school, what.

IP2: The perfect nurse must be convenient, must be obedient, must be

IP1: The perfect nurse

IP2: Yes.

IP1: ()

8.3. Wie verhalten sich MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen zueinander?

IP2: They are tall.

I: They are tall?

IP1: The uniform wear.

IP2: But I have been putting it, like it was taught.“ (Nursing Assitant 1 and *Nursing Assistant 2*, 2007)

Informelle Hierarchie gründet sich auf gesamtgesellschaftliche Statusunterschiede wie Alter und Geschlecht und stellt ein zweites, sich an der formellen Hierarchie orientierendes, System dar. Schon beim Zugang zu biomedizinischer Ausbildung gibt es Genderbarrieren. Der Großteil der Pflegekräfte ist weiblich, der Großteil der ÄrztInnen männlich. Ich selbst traf keine einzige Ärztin an. Söhne werden in Uganda meist bevorzugt behandelt, was die Ausbildung betrifft. Daher ist der Anteil der Frauen in der Bildungselite relativ gering. Unabhängig davon wird männliches Personal tendenziell eher respektiert als weibliches. In der Klinik St. J., wo die weibliche *Enrolled Nurse* und der männliche *Clinical Officer* in der Praxis ihrer Funktionsausübung und ihrer Kompetenzen auf gleicher Ebene stehen, ja die *Enrolled Nurse* den größten Teil der Administration für den Inhaber der Klinik erledigt (was ihr Ansehen steigern sollte), wird dem *Clinical Officer* wesentlich mehr Respekt entgegengebracht.

Eine andere Ebene der informellen Hierarchie ist die des Alters. Als ich dem Koch der Klinik St. J. sagte, dass ich auch die Klinik St. M. besuchen werde, meinte er das Personal dort sei viel besser, weil sie älter und erfahrener wären. Erfahrung ist für biomedizinisches Personal äußerst wichtig. Dabei ist hier nicht nur Berufserfahrung gemeint (wie dies Gjerberg und Kjolsrod (2001) in ihrer Studie feststellen), sondern auch Lebenserfahrung. Bspw. wird eine *Nursing Assistant* in der Klinik St.J. als Experte für Schwangerschaft und Geburt gehandelt, da sie 2 Kinder hat. Sie steht in diesem Bereich über der *Enrolled Nurse* und sogar dem *Clinical Officer*.

8. Ergebnisse der Datenerhebung

Aber auch die Berufsjahre zählen, wie folgendes Zitat zeigt.

I: You are the boss?

IP1: Yes.

I: Okay, why that?

IP1 und IP2: ((Laughing))

I: You have a better education or you have more experience?

IP1: I have more experience.“ (Laborassistentin 1 und 2, 2007)

Klinische Erfahrung zu sammeln ist wichtig, dies zeigt bspw. das Freiwilligenjahr, durch das man bessere Chancen hat, in einer biomedizinischen Einrichtung angestellt zu werden. Auch eine *Enrolled Nurse* muss zumindest 2 Jahre gearbeitet haben, um für den Kurs zur *Registered Nurse* zugelassen zu werden.

Nach Gjerberg/Kjolsrod (2001) steigt die Autorität je weiter die beiden Parteien voneinander statusmäßig entfernt sind. Dem kann ich im Großen und Ganzen zustimmen, jedoch macht sich bei meinen Ergebnissen ein großer Sprung in der formellen Hierarchie des staatlichen Krankenhauses zwischen Pflegekräften und ÄrztInnen/*Clinical Officers* bemerkbar. Die Überheblichkeit der Autoritätspersonen zeigen folgende Zitate.

„But when I come for a job here I go around the health center or around the hospital or around the wards and around this place and see if, whether the place is clean. If it is not clean I advise someone who is supposed to do that, to do it immediately.“ (*Clinical Officer* 1, 2007)

Im Bezug auf einen Kaiserschnitt bei einer Patientin äußerte sich ein Arzt im staatlichen Krankenhaus wie folgt.

8.3. Wie verhalten sich MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen zueinander?

„Nurse! You bring the other patient. I want to do it **now!**“ (Doktor 2, 2007)

Aber auch ein positives Aufblicken zu Vorgesetzten ist möglich.

„IP2: Yeah. He is a good doctor.

IP1: He is a good man. We love him. We like him. First of all he knows that people have problems. Yeah.

I: Mm, yes.

IP1: Yeah. He knows that people have weakness.

IP2: And he also appreciates patients. And he appreciates the things you do.“ (Laborassistentin 1 und 2, 2007)

Biomedizinisches Personal in Uganda hat, im Grunde genommen, ähnliche Aufgaben, ungeachtet ihrer Ausbildung. Durch den Fokus auf rein biomedizinische Tätigkeiten in der „Krankenpflege“ und die Flexibilität der Funktionen von Berufsgruppen entsteht in der Wahrnehmung der PatientInnen eine Angleichung aller biomedizinischen Berufe. Auf der anderen Seite zeigt sich die Hierarchie innerhalb der Gesundheitseinrichtungen sehr stark, sei es nun im formellen oder im informellen Bereich. Zwischen Vorgesetzten und Untergebenen herrscht oft eine große Spannung, vor allem zwischen ÄrztInnen/*Clinical Officers* und Pflegekräften. Dabei bewegen sich Autoritätspersonen und Untergeordnete in einer Arena von formeller Hierarchie und gesellschaftlicher Statusdifferenzen, der beide Parteien zustimmen.

8. *Ergebnisse der Datenerhebung*

9. Conclusio

Am Beginn dieser Arbeit habe ich die theoretische Richtung der *Critical medical anthropology (CMA)* vorgestellt. Dieser theoretische Zugang geht davon aus, dass gesellschaftliche Phänomene eingebettet werden können in ein System von verschiedenen Ebenen, von der Makroebene bis hin zur individuellen Ebene. Im Zuge der allgemeinen Schlussfolgerungen zu meiner Erhebung und dieser Arbeit werde ich versuchen die eben vorgestellten Ergebnisse in einem größeren Kontext zu sehen und die Zusammenhänge auf den unterschiedlichen Ebenen darzustellen. Dabei soll auch die übergeordnete Forschungsfrage: „Welche Beziehung hat biomedizinisches Personal zum Medizinsystem in Uganda?“ beantwortet werden.

Die Ergebnisse der für diese Arbeit durchgeführten Erhebung lassen sich 3 dieser Ebenen zuordnen. Das Verhältnis des biomedizinischen Personals zum Beruf und zur Medizin zeigt persönliche Vorstellungen und Einstellungen auf und kann somit der individuellen Ebene zugeordnet werden. Auf der mikrosozialen Ebene befindet sich der Bereich der Beziehungen zwischen biomedizinischen Personal und PatientInnen. Mit den Beziehungen zwischen den einzelnen MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen beschäftigt sich die Zwischenebene.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass es durch das biomedizinische Personal zu einer Aufwertung der in der westlichen Denkweise verankerten Biomedizin kommt. Diese Aufwertung kann, wenn wir uns an Kapitel 3.1 über Autorität in der Medizin erin-

9. *Conclusio*

nern, als Hegemonie gedeutet werden, die auf den verschiedenen Ebenen, wie sie die CMA ausarbeitet, wirkt.

Auf der Makroebene gibt es verschiedene internationale Organisationen (WHO, UNO, Weltbank, um nur die Wichtigsten zu nennen). Diese bilden eine große Hegemonialmacht, die die Fundamente der Biomedizin schaffen, verbreiten und reproduzieren. Sie sind nicht nur eingebunden in das kapitalistische Weltsystem, sondern sind maßgebliche Akteure desselben. WHO und UNO setzen mit ihrer Entwicklungszusammenarbeit Standards und legen Richtlinien fest, an die sich die Entwicklungsländer halten müssen, wenn sie im globalen System eine Chance auf eine bessere Zukunft haben wollen.

Noch zwingender ist die Politik der Weltbank, die durch Schuldenerlässe die Entwicklungsländer in der Hand hat und Strategien zur Entwicklungszusammenarbeit vorschreibt, bzw. genehmigt. Das heißt, ärmere Länder können nicht frei entscheiden, welche Maßnahmen des Ausbaus von Gesundheitssystem und anderen sozialen Systemen sie für ihr Land geeignet halten. Dezentralisierung und größeres Mitspracherecht der lokalen Gemeinschaften sind zwar essentielle Vorgaben dieser internationalen Organisationen, jedoch ändert das nichts daran, dass Entwicklungsländer eben diese Vorgaben, die der westlichen biomedizinischen Denkweise entspringen, erfüllen müssen. Dabei nehmen die Organisationen nicht nur Einfluss auf nationaler Ebene, sondern der Einfluss reicht bis zur Patientin/zum Patienten. Denn sowohl in staatlichen, als auch in privaten Einrichtungen hängen von diesen Organisationen gesponsorte Poster zu verschiedenen Themen. Ein besonderes Augenmerk wird dabei gelegt auf die Erziehung der Bevölkerung hinsichtlich Hygienemaßnahmen, Ernährung, Verhütung, etc. So üben internationale Organisationen kulturelle und soziale Autorität über Entwicklungsländer aus.

Auf der Zwischenebene stoßen wir erstmals auf die Diskrepanz zwischen biomed-

zinischer Hegemonie und der Macht traditioneller Vorstellungen. Die Betonung der formellen Hierarchie lässt auf kulturelle Autorität der Biomedizin schließen. Die Verschleierung dieser Hierarchie einerseits und die Hervorhebung der informellen Hierarchie nach traditionellen Statusdifferenzen andererseits fordert diese Autorität heraus. Jedoch scheint mir diese Herausforderung als Zeichen des sozialen Wandels hin zur Biomedizin, denn durch die zahlreichen Chancen auf Reichtum und Karriere zieht der westliche Weg an.

Auf der Mikroebene eröffnet sich uns dasselbe Bild. Zwar werden PatientInnen vom biomedizinischen Personal als rückständig und traditionell gesehen, die Hegemonie der Biomedizin macht aber auch vor ihnen nicht halt. Die Hegemonie zeigt sich darin, dass PatientInnen in biomedizinische Einrichtungen kommen und nicht zu traditionellen HeilerInnen gehen und dass sie dem biomedizinischen Personal vertrauen und ihnen Autorität über die eigene Person einräumen. Umgekehrt erkennt das Personal zum Teil auch traditionelle Werte in der Interaktion mit PatientInnen an, z.B. Respekt vor Älteren.

Auf der individuellen Ebene schließlich zeigt sich diese Argumentation am deutlichsten. Einerseits wertet biomedizinisches Personal die Biomedizin auf und die traditionelle Medizin ab. Andererseits werden traditionelle Arzneien sehrwohl verwendet.

Die Forschungsfrage kann also damit beantwortet werden, dass zwar traditionelle Vorstellungen und Werte einigen Einfluss auf biomedizinisches Personal ausüben, aber die Hegemonie der Biomedizin doch die Überhand hat. Biomedizinisches Personal internalisiert die Grundsätze der Biomedizin in Ausbildung und Praxis, gibt sie aber auch selbst weiter an KollegInnen und PatientInnen.

In dieser Arbeit habe ich mich vorrangig mit der biomedizinischen Hegemonie beschäftigt. Eine eingehendere Analyse der Beziehung des Personals zur traditionellen

9. *Conclusio*

Medizin sei an dieser Stelle vorgeschlagen. Wie schon erwähnt, wäre es auch wünschenswert die Sicht der PatientInnen auf das Thema zu beleuchten. Ich sehe diese Arbeit auch als Versuch die CMA auf traditionelle Forschungsgebiete der Kultur- und Sozialanthropologie anzuwenden und nicht nur die Biomedizin im Lichte ihrer Heimat, der westlichen Welt zu sehen. Hier steckt meiner Meinung nach großes Potenzial und es ergeben sich eine Fülle von Forschungsfeldern.

Ich hoffe, ich habe der Leserin/dem Leser einen gelungenen Einblick in die besprochenen theoretischen Richtungen und Konzepte einerseits und in die von mir durchgeführte Feldforschung andererseits geben können. Auch würde es mich sehr freuen, wenn LeserInnen aus dieser Arbeit Anregungen für weiterführende Forschungsprojekte entnehmen.

10. Bibliographie

Ademuwagun, Z.A. [Hrsg.] (1979): African therapeutic systems. Crossroads; Waltham, Mass.

Baer, Hans A./Singer, Merrill/ Susser, Ida (2003): Medical anthropology and the world system. Praeger; Westport, Conn. [u.a.].

Banerjee, Saswata et al. (2005): Bridging the health gap in Uganda: The surgical role of the clinical officer. In: African Health Sciences (2005) 5(1): 86 - 89.

URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1831898> (17.05.2009)

Beckman, H.B/Frankel, R.M. (1984): The Effect of Physician Behavior on the Collection of data. In: Annals of Internal Medicine 101: 692-96.

Boorse, Christopher (1977): Health as a theoretical concept. In: Philosophy of science 44:542-573.

URL: <http://centres.exeter.ac.uk/interdisciplinaryinstitute/events/events>

Cockerham, William C. (1992): Medical Sociology. Prentice-Hall; Englewood Cliffs, N.J.

Csordas, Thomas J.(1990): Embodiment as a Paradigm for Anthropology. In: Ethos 18: 5-47.

10. Bibliographie

Csordas, Thomas J. (1999): Embodiment and Cultural Phenomenology. In: G. Weiss/H.F. Haber: Perspectives on Embodiment: The intersections of Nature and Culture. Routledge, London.

Davis-Floyd, Robbie/St. John, Gloria (1998): From doctor to healer: The transformative journey. Rutgers Univ. Press; New Brunswick NJ; London.

Eliade, Mircea (1975): Schamanismus und archaische Ekstasetechnik. Suhrkamp; Frankfurt am Main. (Original veröffentlicht 1951)

Ember, Carol R. [Hrsg.](2004): Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures. Springer; New York.

Evans-Pritchard, Edward E. (1978): Hexerei, Orakel und Magie bei den Zande. Suhrkamp; Frankfurt am Main.(Original veröffentlicht 1937)

Falola, Toyin [Hrsg.](1992): The political economy of health in Africa. Ohio Univ. Press; Athen, Ohio.

Feierman, Steven/ Janzen, John M. (1992): The social basis of health and healing in Africa. Univ. of California Press; Berkeley, Calif. [u.a.].

Femia, Joseph V. (1983): Gramsci's Patrimony. In: British Journal of Political Science, Vol. 13, Nr. 3, 327-364. Cambridge Univ. Press.

URL: <http://www.jstor.org/stable/193854> (17.05.2009)

Ford, Pauline/ Walsh, Mike (2000): Pflegerituale. Huber; Bern, Göttingen [u.a.].

Girtler, Roland (2001): Methoden der Feldforschung. Böhlau Verl.; Wien; Köln; Weimar.

Gjerberg, Elisabeth/ Kjolsrod, Lise (2001): The doctor-nurse relationship: How easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? In: Social science and

medicine 52: 189-202.

URL: <http://www.sciencedirect.com> (17.05.2009)

Greifeld, Katharina [Hrsg.] (2003): *Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Reimer; Berlin.

Hahn, Robert A. (1995): *Sickness and healing: An anthropological perspective*. Yale Univ. Press; New Haven, Conn. [u.a.].

Harris, Marvin (1979): *Cultural Materialism: The Struggle for a Science of Culture*. Random House; New York.

Ignacimuthu et al. (2006): *Ethnobotanical investigations among tribes in Madurai District of Tamil Nadu (India)*. In: *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2006, 2:25.

URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov> (17.05.2009)

Igun, U.A. (1992): *The underdevelopment of traditional medicine in africa*. In: Falola, Toyin [Hrsg.]: *The political economy of health in Africa*. Ohio Univ. Press; Athen, Ohio.

Iliffe, John (2002): *East african doctors: A History of the Modern Profession*. Fountain Publishers; Kampala.

Ingman, Stanley R./ Thomas, Anthony E. [Hrsg.](1975): *Topias and Utopias in health: Policy Studies*. Mouton Publ., The Hague [u.a.].

Janzen, John M. (2002): *The social fabric of health: An introduction to medical anthropology*. McGraw-Hill; Boston, Mass [u.a.].

Joralemon, Donald (1999): *Exploring medical anthropology*. Allyn and Bacon; Boston, Mass. [u.a.].

10. Bibliographie

- Kleinman, Arthur (1981): *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and and psychiatry*. Univ. of California Press; Berkeley, Calif [u.a.].
- Knauth, Christopher (2003): *Krankheitsbekämpfung, Gesundheitssysteme und Entwicklung*. In: Greifeld, Katharina [Hrsg.]: *Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Reimer; Berlin.
- Kutalek, Ruth (2003): *Medizinische Systeme in Afrika*. In: Greifeld, Katharina [Hrsg.]: *Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Reimer; Berlin.
- Lamnek, Siegfried (1995a): *Qualitative Sozialforschung Bd. 1: Methodologie*. Beltz Psychologie-Verl.-Union; Weinheim.
- Lamnek, Siegfried (1995b): *Qualitative Sozialforschung Bd. 2: Methoden und Techniken*. Beltz Psychologie-Verl.-Union; Weinheim.
- Lindelöw, M. et al. (2003): *Health Care on the Frontlines: Survey Evidence on Public and Private Providers in Uganda*. Development Research Group, World Bank. URL: http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679&entityID=000090341_20031111113920&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679 (17.05.2009)
- Martin, Emily (1992): *The End of the Body?*. In: *American Ethnologist*, February: 120-138.
- Martin, Emily (1993): *Histories of Immune Systems*. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17:67-76
- Marx, Karl (2005): *Das Kapital: Kritik der politischen Ökonomie*. Karl Dietz Verl.; Berlin. (Original veröffentlicht 1867)

Marx, Karl/Engels Friedrich (1969): Manifest der kommunistischen Partei: Grundsätze des Kommunismus. Reclam; Ditzingen.(Original veröffentlicht 1848)

May, Thomas (1993): The nurse under physician authority. In: Journal of medical ehtics, Vol. 19: 223-227.

URL: <http://www.jme.bmj.com> (8.3. 2009).

Mayer, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas; Wien.

Mayring, Philipp (1990): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Dt. Studien-Verl.; Weinheim.

Meessen, Bruno et al. (2006): Poverty and user fees for public health care in low-income countries: lessons from Uganda and Cambodia. In: Lancet (2006) 368: 2253-57.

URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69899-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69899-1/fulltext) (17.05.2009)

Meillassoux, Claude (1999): Anthropologie économique. Des gouros de Côte d'Ivoire; de l'économie des subsistance à l'agriculture commerciale. Éd. de l'EHESS, Paris. (Original veröffentlicht 1964)

Moore, Sally F./ Myerhoff, Barbara G. (1977): Secular ritual. Van Gorcum; Assen [u.a.]

Mosetig-Pauleschitz, Gabriele (1999): Bikausalität von Krankheit in Afrika: Eine kulturelle Konstruktion von Krankheit. Dipl.-Arb; Universität Wien.

Mugaju, Justus (1999): On the eve of the Rural Health Programme. In: Kisubi, M. [Hrsg.]: Rural health providers in South-West Uganda. Fountain Publishers; Kampala.

10. Bibliographie

Olbrich, Carola (1999): Pflegekompetenz. Huber; Bern.

Onoge, Omafume F. (1975): Capitalism and public health: a neglected theme in the medical anthropology of Africa. In: Ingman, Stanley R./ Thomas, Anthony E. [Hrsg.]: *Topias and Utopias in health: Policy Studies*. Mouton Publ., The Hague [u.a.].

Parsons, Talcott (1951): *The social system*. Free Press; Glencoe, Ill.

Prinz, Armin (1984): Die traditionelle Heilkunde der Azande Nordost-Zaires: Ethnomedizinische Forschungsergebnisse aus Zentralafrika. In: *Mitt. Österr. Ges. Tropenmed. Parasitol.* 6: 143 - 165. Hoffmann-La Roche, Wien.

Pschyrembel *Therapeutisches Wörterbuch* (2001). de Gruyter; Berlin [u.a.].

Rohde, Johann J. (1974): *Soziologie des Krankenhauses: Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. Enke; Stuttgart.

Rhodes, Lorna (1996): *Studying Biomedicine as a Cultural System*. In: Sargent, Carolyn F./ Johnson, Thomas M. [Hrsg.]: *Handbook of Medical Anthropology: Contemporary theory and method*. Greenwood press. Westport, Conn. [u.a.].

Roscoe, John M. (1911): *The Baganda*. Macmillan; London.

Sargent, Carolyn F./ Johnson, Thomas M. [Hrsg.] (1996): *Handbook of Medical Anthropology: Contemporary theory and method*. Greenwood press. Westport, Conn. [u.a.].

Scheper-Hughes, Nancy/ Lock, Margaret (1987): *The Mindful body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. In: *Medical Anthropology Quarterly* (1): 6-41.

- Senah, Kodjo A. (2002): „Doctor-talk“ and „Patient-talk“: Power and ethnocentrism in Ghana. In: Van der Geest, Sjaak/ Reis, Ria [Hrsg.]: Ethnocentrism: Reflections on Medical Anthropology. Aksant; Amsterdam.
- Singer, Merrill/Baer, Hans A. (1995): Critical Medical Anthropology. Baywood Publ.; Amityville NY.
- Spradley, James/ McCurdy, David W.[Hrsg.] (1971): Conformity and Conflict: Readings in cultural anthropology. Little [u.a.]; Boston [u.a.].
- Starr, Paul (1982): The social transformation of American medicine. Basic books; New York.
- Stein, Leonard I. (1971): Male and female: The doctor-nurse game. In: Spradley, James/ McCurdy, David W.[Hrsg.]: Conformity and Conflict: Readings in cultural anthropology. Little [u.a.]; Boston [u.a.]. (Original veröffentlicht 1967)
- Taussig, Michael T. (1980): Reification and the consciousness of the patient. In: Social science and Medicine, Vol 14B (1): 3-13. Pergamon Press.
- Van der Geest, Sjaak/ Reis, Ria [Hrsg.](2002): Ethnocentrism: Reflections on Medical Anthropology. Aksant; Amsterdam.
- Van Gennep, Arnold (1981): Übergangsriten (Les rites de passage). Campus Verlag; Frankfurt; New York. (Original veröffentlicht 1909).
- Waitzkin, Howard (1985): Information giving in medical care. In: Journal of Health and Social Behavior 26:81-101
- Waitzkin, Howard (2000): The second sickness: contradictions of capitalist health care. Rowman & Littlefield; Lanham, Md; Oxford.

10. Bibliographie

Weidmann, Reiner (2001): *Rituale im Krankenhaus: Organisationen verstehen und verändern*. Urban & Fischer Verl.; München.

Weiss G./ Haber, H.F. (1999): *Perspectives on Embodiment: The intersections of Nature and Culture*. Routledge, London.

Wilson, Edward O. (1980): *Biologie als Schicksal: Die soziobiologischen Grundlagen menschlichen Verhaltens*. Ullstein Verl.; München.

Yahaya, Sekaya (2004): *Traditional Medicine in Uganda: Historical Perspective, Challenges and Advances*. In: IK notes Nr. 67.

URL: <http://www.worldbank.org/afr/ik/default.htm>. (13.04.2009)

Zeller, Diane L. (1979a): *Basawo Baganda: The traditional doctors of Buganda*. In: Ademuwagun, Z.A. [Hrsg.]: *African therapeutic systems*. Crossroads; Waltham, Mass.

Zeller, Diane L. (1979b): *Traditional and Western medicine in Buganda: Coexistence and Complement*. In: Ademuwagun, Z.A. [Hrsg.]: *African therapeutic systems*. Crossroads; Waltham, Mass.

Internetquellen:

URL 1: WHO Health Topics: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/
(13.04.2009)

URL 2: <http://www.historyworld.net/wrldhis/PlainTextHistories.asp?historyid=ad22>
(05.04.2009)

URL 3: Health Sector Strategic Plan II, Volume I: <http://www.health.go.ug/hssp.htm>
(21.04.2009)

URL 4: Weltbank PRSP: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/ TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,menuPK:384207 page PK:149018 piPK:149093 theSitePK: 384201,00.html>
(20.04.2009)

URL 5: Weltbank PRSP Uganda: [http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1 /Resources/UgandaPEAP\(2005-Apr\).pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1 /Resources/UgandaPEAP(2005-Apr).pdf) (20.04.2009)

URL 6: WHO Country Cooperation Strategy Uganda:
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_uga_en.pdf
(18.05.2009)

URL 7: (<http://www.iime.org/database/africa/uganda.htm>) (17.05.2009)

10. Bibliographie

A. Abbildungen

A. Abbildungen



Abbildung A.1.: Poster über Schlafkrankheit, Foto der Autorin, 2007

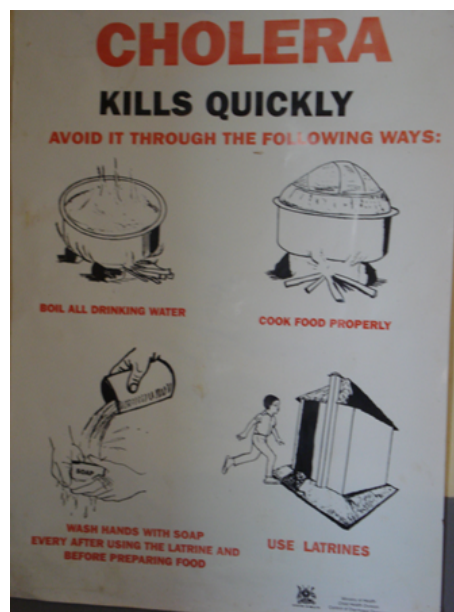


Abbildung A.2.: Poster über Cholera, Foto der Autorin, 2007



Abbildung A.3.: Poster über *compliance*, Foto der Autorin, 2007



Abbildung A.4.: Vorderansicht der Klinik St. J., Foto der Autorin, 2007

A. Abbildungen



Abbildung A.5.: Medizinisches Personal und Patientin (rechts) vor der Klinik St. M., Foto der Autorin, 2007



Abbildung A.6.: Eingang zur Geburtsstation im staatlichen Krankenhaus Quelle: <http://mityana-scout-enterprises.co.uk/about-mcdf.htm>

B. Auflistung der Interviews und wichtigsten InformantInnen

Nursing Assistant 1: Klinik St. M., Interview am 03.10.2007

ist Mitte 30, sprach nicht so gerne über ihr Privatleben. Sie war generell eher ein stiller Typ. Eine angefangene Ausbildung zum *Clinical Officer* musste sie aus familiären Gründen abbrechen. Danach wurde sie *Nursing Assistant*, was sie als sehr bitter empfindet.

Nursing Assistant 2: Klinik St. M., Interview am 03.10.2007

ist um die 50. Sie ist verheiratet und hat viele Kinder. Ihrer Familie ist finanziell gesichert, denn alle ihre Kinder gingen/gehen zur Schule. Manchmal war ihre jüngste Tochter in der Klinik, da sich ihre Schule gleich nebenan befindet. Sie würde gerne *Enrolled Nurse* werden.

Nursing Assistant 3: Klinik St. J., Interview am 23.10.2007

ist 25, verheiratet, hat eine Tochter von 6 Jahren und ist Während meines Aufenthaltes gerade schwanger. Sie wohnt direkt in der Klinik. Ihr Ehemann arbeitet auswärts und ist sehr selten bei seiner Familie. Sie ist sehr unzufrieden mit ihrem Job und möchte eher in einem staatlichen Krankenhaus arbeiten oder eine eigene Apotheke haben.

B. Auflistung der Interviews und wichtigsten InformantInnen

Nursing Assistant 4: Klinik St. J., informelle Gespräche

ist 24, verheiratet und hat einen 4-jährigen Sohn. Ihr Mann ist Kraftfahrer und auch nur selten dort. Sie wohnt ebenfalls in der Klinik. Sie ist die Unerfahrenste von den Krankenschwestern und wird oft von den anderen belehrt. Das scheint ihr allerdings nichts auszumachen. Der Besitzer der Klinik ist mit ihr verwandt, weshalb ihr nachgesagt wird, dass sie nur deshalb dort arbeitet. Sie ist die älteste Tochter eines Unternehmers. Da er aber mehrere Ehefrauen und viele Kinder hat, unterstützt sie ihre Geschwister finanziell bei der Ausbildung.

Nursing Assistant 5: Klinik St. J., informelle Gespräche

ist 24, nicht verheiratet, ist aber während meines Aufenthaltes hochschwanger. Deshalb wird sie von einigen MitarbeiterInnen etwas abwertend behandelt. Sie hat neben den medizinischen auch administrative Aufgaben, wie die Inventur im Lager. Aufgrund des Mobbings möchte sie die Klinik verlassen

Enrolled Nurse 1: Klinik St. M., Interview am 04.10.2007

arbeitet nicht nur in der Klinik St. M, sondern auch im staatlichen Krankenhaus. Ein Jahr zuvor war sie auch in der Klinik St. J. tätig. Sie ist ca. 50 Jahre alt, hat Mann und Kinder zuhause und lebt schon seit vielen Jahren in der Kleinstadt.

Enrolled Nurse 2: Klinik St. J., Interviews am 24.08.2007 und am 30.08.2007

ist 24 und ledig. Sie kommt ursprünglich aus einer reichen Familie in Kampala, wohin sie am Wochenende auch oft fährt. Sie ist sehr westlich orientiert, sie trägt z.B. Hosen, während am Land Frauen nur Röcke tragen. Zunächst wurde sie nach ihrer Ausbildung ins staatliche Krankenhaus in Mityana versetzt, von wo aus sie diesen Job annahm. Sie betreibt eine Apotheke in Mityana nebenbei, träumt aber von einer eigenen Klinik.

Enrolled Nurse 3: staatl. Krankenhaus Männerstation, Interview am 15.09.2007

ist ca. Mitte 20, verheiratet, hat aber noch keine Kinder. Sie will eine Zusatzausbil-

dung zur Kinderkrankenschwester machen und in Mityana bleiben, da ihre Familie dort wohnt.

Enrolled Nurse 4: staatl. Krankenhaus Kinderstation, Interview am 04.09.2007
ist Mitte 30, verheiratet und hat 2 Kinder, arbeitet gerne im staatlichen Krankenhaus.

Registered Nurse 1: Kinderstation, Interview am 04.09.2007
ist in den 20ern, macht gerade ihr Freiwilligenjahr und wird bald von staatlichen Krankenhaus übernommen. Sie hat Pläne für weiter Spezialisierungen um dann in Europa als Krankenschwester zu arbeiten.

Registered Nurse 2: Frauenstation, Interview am 14.09.2007
ist um die 40 und hat einen Teil ihrer Ausbildung in Neuseeland absolviert. Sie war die Leiterin der Diabetes-Abteilung und der Frauenstation, hat aber jetzt eine andere Krankenschwester für die Diabetes-Abteilung eingeschult. Sie würde gerne auch wieder ins Ausland gehen.

Registered Nurse 3: Immunisierungsabteilung, informelle Gespräche
ist Mitte 50 und ist von den PatientInnen gefürchtet, da sie junge Frauen mitunter oft anschreit und ihre Moral anzweifelt. Sie arbeitet schon seit ihrer Jugend im staatlichen Krankenhaus und wird hoch angesehen von den MitarbeiterInnen.

Clinical Officer 1: Klinik St. J., Interview am 30.08.2007
ist 27 und verlobt. Er wohnt in Mityana und arbeitet dort auch in einer anderen Privatklinik. Auch er kommt ursprünglich aus Mityana und möchte auch dort bleiben. Eine eigene Klinik ist auch sein Traum.

Clinical Officer 2: Orthopädie, Interview am 13.09.2007
ist 23 und studiert nebenbei auch Medizin und möchte orthopädischer Chirurg werden. Er zeigt eine große Leidenschaft für seinen Beruf.

B. Auflistung der Interviews und wichtigsten InformantInnen

Doktor 1: Klinik St. M., Interview am 03.10.2007

ist Anfang 60 und betreibt seit einigen Jahren seine eigene Klinik. Angefangen hat er als Kinderarzt in einem staatlichen Krankenhaus. Er nimmt seinen Beruf bzw. seine Berufung sehr ernst, bildet sich weiter, will etwas verändern (Palliativpflege in Mityana einführen).

Doktor 2: staatl. Krankenhaus Geburtenstation, informelle Gespräche

ist ca 50. Die Ärzte im staatlichen Krankenhaus sind schwer erreichbar, sie haben immer viel zu tun, deshalb kann ich hier nicht viel sagen.

Laborantin 1: Klinik St. M., Interview am 03.10.2007

ist 24 und ledig. Sie ist die älteste Tochter eines Labortechnikers, weshalb sie diesen Beruf auch gewählt hat. Auch sie möchte Labortechnikerin werden. Sie unterstützt ihre jüngeren Geschwister finanziell.

Laborantin 2: Klinik St. M., Interview am 03.10.2007

ist 22 und ledig. Aufgrund ihres Alters ist sie der Laborassistentin untergeben. Sie verstehen sich aber gut und sind Freundinnen. Sie will eine weitere Ausbildung zur Labortechnikerin machen.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Vorstellungen und Einstellungen des biomedizinischen Personals in Uganda. Der dazu in Anspruch genommene theoretische Ansatz ist die *Critical medical anthropology*, in dem soziale Phänomene in einen größeren Kontext einzubetten sind. Für die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema verwende ich das Konzept der Autorität, sowie die Rollentheorie und die Ritualtheorie.

Die Forschungsfrage: „Welche Beziehung hat biomedizinisches Personal zum Medizinsystem in Uganda?“ unterteile ich in die drei Unterfragen nach dem Verhältnis zur Medizin selbst, nach der Interaktion mit PatientInnen und nach den Beziehungen zwischen MitarbeiterInnen biomedizinischer Einrichtungen.

Bevor die Ergebnisse besprochen werden, gehe ich noch kurz auf den Aufbau des Medizinsystems in Uganda in Geschichte und Gegenwart ein.

Das zentrale Ergebnis dieser Arbeit ist der Gegensatz in der Einstellung des Personals zwischen biomedizinischer Hegemonie und Einfluss traditioneller Vorstellungen und Werte.

Abstract

The presented paper deals with the conceptions and attitudes of the biomedical personnel in Uganda. The theoretical approach used for this paper is the *critical medical anthropology*, in which social phenomenons are to be embedded in a wider context. For the theoretical discussion I use the concept of authority, the role theory and the ritual theory.

The research question: „Which relation has biomedical personnel to the medical system in Uganda?“ is separated into 3 Subquestions about the relation to medicine itself, about the interaction with the patients and about the relations between workers of a biomedical institution.

Before discussing the results, I examine shortly the structure of the medical system

B. Auflistung der Interviews und wichtigsten InformantInnen

in Ugandas history and present.

The central result of this paper is the contrast in the attitude of the personnel between biomedical hegemony and the influence of traditional conceptions and values.

Lebenslauf

Daniela Elisabeth Rieder

Geburtsort, -datum:

Leoben, 5. 2. 1983

Schulische Ausbildung:

1989-1990 Volksschule Liezen

1990-1993 Volksschule Rottenmann

1993-2002 BG/BRG Stainach

Universitäre Ausbildung:

2002-2009 Studium der Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien

Während des Studiums:

Okt.2005-Okt.2006 Mitarbeit an einer qualitativen Studie zum Thema FGM im Rahmen eines Praktikums

6. Aug.2007-6. Nov. 2007: Auslandsaufenthalt in Uganda