

Die Ebolakrise aus Sicht der Medizinethnologie: von Misstrauen zu lokal angepasster Patientenversorgung

Datum : 10. Dezember 2014

Ebola-Ausbrüche der letzten 15 Jahre haben gezeigt, wie wichtig das Verständnis lokaler Zusammenhänge für den Erfolg von Gesundheitsinterventionen ist. Im Sudan, Kongo und in Gabun – sowie gegenwärtig in Guinea, Liberia und Sierra Leone – scheitert(e) die konsequente Umsetzung von Präventions- und Behandlungsanweisungen auch an der hohen Bedeutung, die Menschen vor Ort der Pflege von Kranken und der Bestattung toter Angehöriger beimessen. Gesundheitsteams wurden zudem mit einem starken Misstrauen gegenüber medizinischen Maßnahmen konfrontiert, das sich mit lokalen Diskursen über Krankheitsverursachung wie Hexerei sowie einer teils strikten Verweigerung der Aufnahme von Patienten in Isolierstationen verband (Hewlett & Hewlett 2008; Janzen 2012; Leach 2008).

Internationale Organisationen haben die Bedeutung der Kenntnis lokaler Zusammenhänge für erfolgreiche Gesundheitsinterventionen erkannt. Die internationalen Richtlinien von Ärzte ohne Grenzen zum Krisenmanagement bei hämorrhagischem Fieber (2008) betonen, dass "sichere" Begräbnisse wie das Verbrennen von Toten einen Bruch mit lokalen Praktiken darstellen können und dass das Misstrauen lokaler Gemeinden gegenüber medizinischen Maßnahmen den Erfolg jeglicher Intervention beeinträchtigt. Sie empfehlen die Einbeziehung von EthnologInnen, die Informationen zu kulturellen Aspekten im Umgang mit Krankheit und Tod erheben und medizinische Teams in der Kommunikation mit Familien und Patienten sowie lokalen Autoritätspersonen (Politikern, Heilern, religiösen Führern) unterstützen sollen.

Obwohl die Bedeutung kultureller Dimensionen aus gesundheitspolitischer Sicht somit zunehmend erkannt wird, werden diese Aspekte in der gegenwärtigen Ebolakrise in Westafrika kaum berücksichtigt. Die Medienberichterstattung macht "Traditionen" und "Aberglauben" für die fehlende Akzeptanz medizinischer Maßnahmen verantwortlich – ohne zu fragen, *warum* Menschen vor Ort so wenig Vertrauen in die Arbeit staatlicher und internationaler Gesundheitsteams haben und welche kulturellen Logiken und historischen Zusammenhänge ihr Handeln erklären. Vielmehr wird in der gegenwärtigen Krise eine starke Wahrnehmung von Fremdheit gegenüber Bevölkerungen in Westafrika deutlich, die sich gleichzeitig mit dem Misstrauen medizinischer Teams gegenüber Patienten und ihren Angehörigen verknüpft.

Krankheit und Heilung in Afrika: Medizinethnologische Perspektiven

Die Medizinethnologie hat gezeigt, dass Gesundheitssysteme in den Ländern des subsaharischen Afrikas pluralistisch aufgebaut sind (Feierman & Janzen 1992). Im Zuge kolonialer und postkolonialer Regierungen wurden biomedizinische Therapie- und Versorgungsmodelle zur Basis staatlicher Gesundheitssysteme – und das primäre Ziel staatlicher Zuwendung, die vielerorts durch internationale Gelder für vertikal angelegte Gesundheitsprogramme unterstützt wurde. Dennoch blieb der Zugang zur Biomedizin gerade

für diejenigen Bevölkerungsmehrheiten, die im Rahmen landwirtschaftlicher oder informeller Tätigkeiten nicht krankenversichert sind, stark beschränkt. Zudem behielten lokale Diskurse und Praktiken, die Krankheit als ein Resultat moralischen Fehlverhaltens oder des Einwirkens von Ahnen, Geistern oder Hexerei interpretieren, hohe Bedeutung in der Suche nach Heilung.

Aus Sicht der Medizinethnologie steht die Nutzung herbaler Medizin oder sozio-religiöser Therapien und Heilungsrituale nicht im Widerspruch zu einer prinzipiellen Akzeptanz der Biomedizin: Meist erfolgt die Nutzung unterschiedlicher medizinischer Angebote komplementär (Whyte 1997) – wobei lokal gewachsene Heilungssysteme stärker als die Biomedizin eine Antwort auf die Frage nach dem *Sinn* von Krankheiten geben, wie sie gerade rasch auftretende, tödliche Epidemien aufwerfen (Dilger & Luig 2010). Zudem sind die Nutzung verschiedener medizinischer Angebote und die Bedeutung, die Krankheiten lokal zugeschrieben wird, eng mit den historischen und politischen Gegebenheiten im globalen Kontext verbunden, in die eine Krankheit wie Ebola eingebettet ist (Dilger, Kane & Langwick 2012).

Lokale Versorgungsstrukturen und die Geschichte der Biomedizin in der Upper Guinea Coast

Guinea, Sierra Leone und Liberia gehörten schon vor Ausbruch der Ebolaepidemie zu den Ländern mit den weltweit höchsten Kinder- und Müttersterblichkeitsraten; biomedizinische Versorgungsstrukturen sind insbesondere in ländlichen Regionen dünn gesät und existierende Strukturen chronisch unterversorgt – mit Materialien, Medikamenten und Mitarbeitern (Farmer & Mukherjee 2014). Obwohl beispielsweise Sierra Leone – mit Unterstützung internationaler Geldgeber – seit 2010 ein System kostenfreier Gesundheitsversorgung für schwangere Frauen und Kleinkinder eingeführt hat, bleiben die Sekundärkosten (z.B. Transport zum Gesundheitszentrum und Kauf der notwendigen Medikamente und Materialien) für viele Familien schwer bezahlbar. Kontakt mit der Biomedizin ist daher oft unregelmäßig, beschränkt auf wenige Besuche in Gesundheitszentren oder durch Impfkampagnen.

Zudem haben sich viele (inter)nationale Maßnahmen in der Weltgesundheit auf einzelne Krankheiten konzentriert (am prominentesten HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose), was fragile Gesundheitssysteme nur unzureichend stärkte und zu einer Fragmentierung der Gesundheitsversorgung führte (Beisel 2014). Hilfe wird daher von lokalen Bevölkerungen vielfach als sehr punktuell und nicht verlässlich angesehen. Dies bedeutet, dass Menschen in der Region nicht auf biomedizinische Akteure bauen können, sondern eine Pluralität an Versorgungsangeboten für ihre körperliche und geistige Gesundheit in Anspruch nehmen.

Als ähnlich unzuverlässig werden lokale Regierungen und politische Strukturen in der Region wahrgenommen, wo Bürgerkrieg und/oder langjährige Diktaturen das Vertrauen in staatliche Strukturen und Akteure grundlegend in Frage gestellt haben, eine Tendenz, die durch die Ebolakrise erneut sichtbar wird (Schroven 2014; Wesley 2014). Geschichtlich kann solches Misstrauen noch weiter zurückverfolgt werden, denn zu Kolonialzeiten sind ökonomische Ausbeutung und politische Unterdrückung lokaler Bevölkerungen eng mit medizinischer Forschung verknüpft gewesen (für Liberia siehe Mitman 2014; Mitman & Erickson 2010). Auch die Erfahrungen mit Nachkriegsinterventionen in Sierra Leone und Liberia riefen eher

Misstrauen gegenüber internationalen Helfern hervor, womit die Reaktionen in der jetzigen Ebolakontrolle nicht als irrational oder ignorant, sondern als Reaktion auf frühere Begegnungen mit Gesundheitsinterventionen und in lokale Realitäten eingebettet zu verstehen sind.

Die Rolle der Medizinethnologie in der Ebolaepidemie 2014 in Westafrika

Die Medizinethnologie hat in der momentanen Krise eine wichtige Rolle als Vermittlerin zwischen lokalen Bevölkerungen und internationalen Organisationen in der Ebolaeindämmung übernommen. Über eine internationale Ebola Response Anthropology Webplattform (<http://www.ebola-anthropology.net>) und eine Google Gruppe (<https://groups.google.com/forum/#!forum/ebola-anthropology-initiative>) beraten Medizinethnologen zu sozio-kulturellen und politischen Dimensionen der Epidemie und tragen dazu bei, lokal angepasste Interventionen zu entwickeln. Transparenz und effektive Kommunikation mit Angehörigen von Patienten in Ebola Treatment Units (siehe <http://www.who.int/features/2014/telimele-ebola-free/en>), oder sichere und kulturell akzeptierte Beerdigungen (z.B. <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2014/ebola-burial-protocol/en/>) sind als wichtige Grundsteine des Vertrauensaufbaus identifiziert worden. Die lokale Akzeptanz und Anpassung dieser Maßnahmen ist von großer Wichtigkeit für eine effektive Eindämmung von Ebola, die nur in Zusammenarbeit mit der betroffenen Bevölkerung gelingen kann.

Abschließend möchten wir noch den hohen Wert des Sozialen und Persönlichen betonen, der bei einer Epidemie einer tödlichen Krankheit wie Ebola in den Vordergrund tritt: Unserer Meinung nach ist es wichtig anzuerkennen, dass dieser nicht einfach mit dem Label "kulturspezifisch" zu erklären ist, sondern einen menschlich-universalen Wert darstellt. Ebola kann – neben einer Krankheit der Armut – als eine Epidemie der Empathie verstanden werden, da medizinisches Pflegepersonal und Menschen, die kranke Angehörige pflegen, besonders gefährdet sind sich anzustecken. Eine interdisziplinäre Erforschung von Ebola über das Zusammenkommen von klinischen und sozio-kulturellen Faktoren sollte daher höchste Priorität erhalten.

Autoren

Uli Beisel ist Juniorprofessorin für Kultur und Technik in Afrika an der Universität Bayreuth. Ihre Forschung interessiert sich für das Zusammenspiel von Technologien, Biologie und Sozialität in der Gesundheitsversorgung, insbesondere bei der Kontrolle zoonotischer Infektionen.

Hansjörg Dilger ist Professor für Sozial- und Kulturanthropologie mit den Schwerpunkten Medizin- und Religionsethnologie an der Freien Universität Berlin. Zu seinen Veröffentlichungen zählt das Buch *Leben mit Aids. Krankheit, Tod und soziale Beziehungen in Afrika* (Frankfurt a.M.: Campus, 2005).

Bibliographie

- Beisel, Uli. 2014. On gloves, rubber and the spatio-temporal logics of global health. <http://somatosphere.net/2014/10/rubber-gloves-global-health.html>. Letzter Zugriff am: 18.11.2014.
- Dilger, Hansjörg, Abdoulaye Kane & Stacey A. Langwick (Hg.). 2011. *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa: Transnational Health and Healing*. Bloomington: Indiana University Press.
- Dilger, Hansjörg & Ute Luig (Hg.). 2010. *Morality, Hope and Grief: Anthropologies of AIDS in Africa*. Oxford: Berghahn Books.
- Famer, Paul & Mukherjee, Joa. 2014. Ebola: Countries Need Staff, Stuff, and Systems. <http://www.pih.org/blog/for-ebola-countries-need-tools-to-treat-patients-in-their-communities>. Letzter Zugriff am: 18.11.2014.
- Feierman, Steven & John M. Janzen. 1992. *The Social Basis of Health and Healing in Africa*. Berkeley: University of California Press.
- Hewlett, Barry & Bonnie Hewlett. 2007. *Ebola, Culture and Politics: The Anthropology of an Emerging Disease*. Belmont: Thompson & Wadsworth.
- Janzen, John M. 2012. Afri-global Medicine: New Perspectives on Epidemics, Drugs, War, Migrations and Healing Rituals. In: Dilger, Hansjörg, Abdoulaye Kane & Stacey A. Langwick (Hg.). 2011. *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa: Transnational Health and Healing*. Bloomington: Indiana University Press, 115-137
- Leach, Melissa. 2008. Haemorrhagic Fevers in Africa: Narratives, Politics and Pathways of Disease and Response. STEPS Centre Working Paper. <http://steps-centre.org/publication/haemorrhagic-fevers-in-africa-narratives-politics-and-pathways-of-disease-and-response/>. Letzter Zugriff am: 18.11.2014.
- Médecins Sans Frontières. 2008. Filovirus Haemorrhagic Fever Guideline. <http://www.medbox.org/ebola-guidelines/filovirus-haemorrhagic-fever-guideline/preview>. Letzter Zugriff am: 1.12.2014.
- Mitman, Gregg. 2014. Ebola in a Stew of Fear. *New England Journal of Medicine*. [<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1411244>]
- Mitman, Gregg & Paul Erickson. 2010. Latex and Blood Science, Markets, and American Empire. *Radical History Review* 2010 (107), 45–73.
- Schroven, Anita. 2014. Ebola in Guinea: Revealing the State of the State. <http://www.culanth.org/fieldsights/587-ebola-in-guinea-revealing-the-state-of-the-state>. Letzter Zugriff am: 17.11.2014.

Wesley, Patricia Jabbeh. 2014. Liberia's Ebola Epidemic: Did the Government Fall Asleep at the Wheel?

<http://www.culanth.org/fieldsights/602-liberia-s-ebola-epidemic-did-the-government-fall-asleep-at-the-wheel>. Letzter Zugriff am: 17.11.2014.

Whyte, Susan Reynolds. 1997. Questioning Misfortune: The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda. Cambridge: Cambridge University Press.