

also darin liegen, dass wir uns von jenen äußeren und inneren Lebensbedingungen entfernt haben, an die unser Organismus im Verlauf der Homini- denentwicklung angepasst wurde: z.B. natürliche Ernährung, körperliche Aktivität, Geborgenheit in der Gruppe, fehlender Zeitstress, kein künstliches Licht und damit erhaltene Chronobiologie. Wenn Menschen aus den Dörfern Neuguineas in die Stadt ziehen, einen der begehrten Bürojobs finden, ein Auto haben und westliche Kost zu sich nehmen, bekommen sie dieselben Herz-Kreislauf-Probleme wie wir. Übergewicht und entgleiste Stressphysiologie sind also in diesen Fällen nicht genetisch bedingt, sondern Folge einer neuen, evolutionär nicht ausgetesteten Lebensweise. Transkulturell-ethnomedizinische Vergleiche und evolutionsmedizinische Analysen dieser Art können helfen, Probleme in unseren Gesellschaften (von den Allergien bis zur Anorexia nervosa) schärfer zu sehen und besser zu lösen. Die Reaktionen auf bedrohliche Krankheiten sind sehr wahrscheinlich in den Kulturen viel ähnlicher, als man das bisher angenommen hat. Die Veränderungen, die z.B. mit einer schweren Infektions- erkrankung einhergehen, nämlich das Gefühl, einem mächtigen Etwas ausgesetzt, von ihm besetzt zu sein, werden universell als schwerer Angriff auf

das Selbst erlebt. Eine typische Antwort darauf, insbesondere in Gesellschaften, in denen kein naturwissenschaftliches Paradigma bereitsteht, das die Vorgänge erklären könnte, ist die reaktive Depression. Die Patienten verlieren Tonus, regredieren in einen quasi infantilen Zustand. Damit senden sie wirksame Signale an die soziale Umwelt und aktivieren so die quasi parentale Hilfs- und Fürsorgebereitschaft der anderen. Es ist ganz typisch für unsere Spezies, dass die meisten Kranken sehr einfühlsam und aufopfernd gepflegt werden. Wir sind Homo curans, erfreulicherweise; selbst unter der Gefahr, dass wir selbst von jenen Erregern infiziert werden, die das Leben unseres Nächsten bedrohen. Dieser Nächste war in der Umwelt der evolutionären Anpasstheit, so wie jetzt noch in den traditionellen Gesellschaften, ein verwandter Mensch, einer, der mit dem Kranken zu einem bedeutenden Prozentsatz Gene teilte. So lässt sich unsere Pflege- und Heilbereitschaft als Weiterentwicklung einer evolutionsbiologischen Verhaltenstendenz erklären. Spezialisten für das Gesundbleiben und Gesundwerden in indigenen Kulturen sind Heilerinnen und Heiler, denen die Gemeinschaft zutraut, die Kommunikation mit jenen außermenschlichen Mächten aufzunehmen,

die als der Ursprung von Krankheit und Unglück angesehen werden: Meist sind es die Geister der Toten, Naturgeister und jene Wesenheiten, die in der Erschaffung der Welt eine Rolle gespielt haben. Sie hüten die Tradition, denn wer sich eines sozialen Vergehens schuldig gemacht hat, wird von ihnen mit Krankheit bestraft. So stehen in diesen Gesellschaften das medizinische und das normenerhaltende System in enger Wechselwirkung. Wer alle Regeln kennt und einhält, muss keine Sanktionen fürchten. Sie oder er wird gesund, attraktiv, sozial akzeptiert und leistungsfähig sein; auch in der Familie wird es keine Krankheit und für alle genug zu essen geben. Das ist der Inbegriff von Gesundheit. Sie ist ein stets bedrohtes Gut, denn die Macht der außermenschlichen Instanzen, die mit Ausnahme des Alterstods alle gefährlichen Krankheiten schicken, ist groß.

Literatur im Internet.

Prof. Dr. Wulf Schiefenhovel
Max-Planck-Institute für Verhaltens-
physiologie
Humanethologie
Von-der-Tann Str. 3
82346 Andechs
Tel.: 08152/373162
Fax: 08152/373170
schiefen@erl.ornithol.mpg.de

Vorstellungen von Gesundheit bei Migranten

Martin Merbach, Ulla Wittig und Elmar Brähler

Zum Thema „Vorstellungen von Gesundheit bei Migranten“ sind zwei Vorüberlegungen zu treffen:

Zum einen gibt es nicht den Migranten. Zuwanderer nach Deutschland sind nach Herkunftsgebiet und Aufenthalts-

status eine sehr heterogene Gruppe: So leben hier beispielsweise 2,7 Millionen Türken und Türkinnen, über drei Millionen russischsprachige Aussiedler und 1,9 Millionen EU-Ausländer (Statistisches Bundesamt 2001). Geht man

nun von der Existenz kulturspezifischer Gesundheitsvorstellungen aus (Schaefer 1992), müssten in Deutschland für jede der hier lebenden Kulturen jeweils spezifische Gesundheitsvorstellungen zu finden sein. Auch