

FRANZ JOSEF ILLHARDT

**ANTHROPOLOGIE DER GRENZE UND
MEDIZINISCHE VERSORGUNG VON MIGRANTEN**

Prof. Dr. Franz Josef Illhardt, geb. 1948, arbeitete bis zu seiner Habilitation für medizinische Ethik 1989 als Assistent am Institut für Geschichte der Medizin der Universität Freiburg (Direktor: Prof. Dr. E. Seidler). 1991 DFG-geförderter Forschungsaufenthalt in den USA zum Problem „Erarbeitung US-amerikanischer bioethischer Systeme und Instrumente der medizinischen Ethik. Systemvergleich mit der Deutschen Situation“; 1991–1996 Tätigkeit im Zentrum für Geriatrie und Gerontologie der Universitätsklinik Freiburg (Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. H. W. Heiß), die sich vor allem auf den geriatrischen Konsiliardienst bei ethischen Problemstellungen, auf die Fortbildung der Heilberufe im Klinikum und auf die Etablierung eines Ethik-Beratungsdienstes im Freiburger Klinikum bezog; 1996–2013 Geschäftsführer der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg; 2003 wurde er in den wissenschaftlichen Beirat für das „Forschungskolleg Geriatrie“ der Robert-Bosch-Stiftung berufen.

Seit „Wadim“, dem preisgekrönten Film über einen 23-jährigen Letten, der sich nach seiner Ausweisung aus Deutschland und dem Herumirren in europäischen Staaten 2010 das Leben nahm, hat die Sensibilität für die Probleme fremdkultureller Mitmenschen zugenommen. Eines dieser Probleme ist die medizinische Versorgung fremdkultureller Mitbürger. Wichtig daran ist die Tatsache, dass eine faire Behandlung nicht nur eine Frage der finanziellen Ressourcenverteilung, sondern vor allem der Beziehung und Struktur ist, die in folgenden Rahmen gestellt werden soll:

a) Gesellschaftsstruktur:

Überlegungen zur transkulturellen Ethik bekommen immer mehr Gewicht. Das belegt u.a. die demographische Entwicklung: Deutschland z.B. zählte im Jahre 2010¹ 81,8 Mio. Einwohner, davon waren 7,1 Mio. (= 8,8 %) Ausländer einschließlich 24.878 Flüchtlingen. Hinzu kommen etwa laut geschätzter Untergrenze 1 Mio. Illegaler, d.h. Menschen, die sich ohne Kenntnis der Behörden in Deutschland aufhalten. Laut dem Mikrozensus von 2006 – es gibt keine neueren Daten – haben 18,6 % der deutschen Bevölkerung einen Mi-

¹ Zahlen: Deutscher Bundestag. Drucksache 17/4791 vom 16.02.2011.

grationshintergrund, d.h. wenigstens ein Elternteil oder der Partner stammen aus einer anderen Kultur. Angesichts dieser Zahlen ist die Diskussion dieses Themas nicht marginal. Konsequenzen sind:

- Jeder vierte Bürger ist Ausländer oder hat einen Migrationshintergrund. Regeln müssen entwickelt werden, die helfen, Konflikte zu reduzieren.
- Ebenso stammen die Behandler nicht mehr aus einer kulturell homogenen Gruppe, auch ihr Verhältnis untereinander und zu den Patienten sollte geregelt werden.

b) Praxisprobleme:

Nehmen wir als Beispiel die Schwierigkeiten einer ausländischen Frau mit einem Brusttumor, den richtigen Arzt, Sicherheit durch eine sog. *second opinion*, Entscheidung für eine der vielen Behandlungsvarianten, eine Anschlussheilbehandlung, Hilfsmittelversorgung oder *social support* durch Familienangehörige und Freunde zu bekommen. Jede Art von Fremdenfeindlichkeit verhindert den Zugang zu Mitteln der Versorgung und reduziert damit natürlich Chancen der Integration. Ähnliche Fragen samt ihren begleitenden Implikationen stellen sich in folgenden Bereichen²:

Geriatric/Gerontologie	Sexuelle Störungen	Infertilitätsbehandlung
Lebensverlängerung	Brust-, Unterleibs- und Prostata-Krebs	Psychiatrie und Psychosomatik
Behandlungsabbruch	Therapie am Lebensende	

In all diesen Bereichen sind einheitliche Bewertungen weder realistisch noch wünschenswert. Wünschenswert ist nur, dass diese Bereiche als bewertungswürdig wahrgenommen werden.

c) Theorie der Gesellschaft:

Das Thema des Aufsatzes scheint an Schärfe zu verlieren, wenn damit weniger eine Benachteiligung der Mittelzuwendung, sondern die soziale Struktur unserer Gesellschaft angefragt ist. Man stelle sich nur der Frage³ danach, wie viel Gleichheit in der Struktur der Gesellschaft beobachtet werden kann. Gleichheit ist Grundlage der gerechten Mittelverteilung, verhindert Ghetto-

² Ich beziehe mich auf die Arbeiten von P. T. MENZEL, *The Cultural Moral Right to a Basic Minimum of Accessible Health Care* (2011), sowie H.-J. ASSION, *Migration und psychische Krankheit* (2005).

³ Vgl. die Frage des amerikanischen Ethikers R. DWORKIN: *Was ist Gleichheit?* (2011), S. 7–14.

isierung und ermöglicht Zusammenleben. Greifen wir auf den Soziologen N. LUHMANN zurück: Gesellschaft „besteht, solange und soweit Menschen füreinander kommunikativ erreichbar sind, füreinander als Mitsubjekte fungieren“⁴. Bevor wir bei der Bearbeitung des Themas zur Differenzierung der Funktionen übergehen, halten wir – auch im Sinne der sozialen Theoriebildung – zweierlei fest: 1) Gemeinsamkeit der Kommunikation – Sprache ist nur eines der vielen Subsysteme von Kommunikation – bedeutet Mitsubjektsein, und 2) wir brauchen einen Begriff von Gesellschaft, der Differenzen auf-fängt, Grenzen funktionaler Differenzierungen definiert und eine Gesellschaft trotz Differenzen bestehen lässt.

d) Perspektiven einer christlichen Ethik:

Aufgabe einer christlichen Ethik ist nicht, Kommunikation Praxisbewertung und Definition von Gesellschaft um ein christliches Proprium zu erweitern, sondern einerseits der Hinweis, dass eine nur eindimensional bzw. unilateral funktionierende transkulturelle Ethik unzureichend ist, und andererseits die unbedingte Beistandspflicht, die über Religionsgrenzen hinausreicht, und Grenzen als Bedingung von Gemeinsamkeit akzeptiert.

1 Ein Fall aus der Klinik

Folgender Fall beschreibt das Entscheidungsdilemma bei einem Patienten, dessen Zugehörigkeit zu einer Minorität Konfusion auf der Station auslöste.

Der 74-jährige Herr W. aus Weißrussland (geb. in einem Dorf bei Minsk) liegt mit starken andauernden Schmerzen im linken Bein in der Klinik, die mit einer Nervenkanalverengung im Lendenwirbelbereich erklärt werden. Er kann ohne Gehhilfe nicht laufen, längeres Sitzen ist ihm unmöglich. Vor der geplanten Operation kommen dem verantwortlichen Arzt Bedenken, weil Herr W. eine Operation will, aber die Einwilligung verweigert. Herr W. ist seit 2 Jahren in Deutschland und meint, die Schwiegertochter, Weißrussin in der zweiten Generation, solle das entscheiden, er könne das nicht richtig verstehen, während die Schwiegertochter ihrerseits sagt, der Vater wolle (!) nicht entscheiden, weil er die Verantwortung abwälzen möchte; denn wenn die OP schlecht ausginge, könne er ihr sagen: Du hast dich falsch entschieden, jetzt musst du mich auch pflegen. Sie will bzw. kann jedoch Herrn W. nicht (jedenfalls nicht in dem erwarteten Ausmaß)

⁴ N. LUHMANN: Gesellschaft (©2005), S. 147.

pflegen, weil sie auch für ihren behinderten Mann, den seit einem Unfall auf dem Bau erblindeten Sohn von Herrn W, sorgen muss.

Herr W. konnte sich also nicht entscheiden, weil er niemanden als Berater hatte: Sein Sohn war krank und hatte nach seinem Verständnis damit ein Handikap. Die Schwiegertochter entzog sich dieser Position. Sein Freund aus der Heimat, das ergab das Gespräch mit ihm, war gestorben, und dessen Frau lehnte ihn ab, obwohl er sie sehr gern geheiratet hätte. Das Stationsteam empfand ihn schwierig („Macho“), der Arzt war sogar „ratlos“ – wer also konnte noch Berater sein? In eher traditionell orientierten Kulturen ist eine Wir-Identität sehr viel ausgeprägter als in unserer Kultur. Im Ethik-Konsil, zu dem auch ein Psychiater mitgekommen war, akzeptierte man ein Stück weit seine etwas befremdende Art, Kontakt und entsprechenden *social support* zu bekommen. Der Patient hat in einer fremden Kultur, gleichsam entwurzelt und ohne Halt, seine ‚gewohnte‘ Entscheidungssicherheit verloren. Darin erkennen wir eine typische Problemstruktur ausländischer Mitbürger, wenn sie sich auch in unterschiedlichen Akkulturationsstadien befinden. Deutsche Krankenhäuser bleiben für sie eine fremde Umgebung – nicht wegen der ungewohnten apparativen Ausstattung, sondern wegen der Barriere von Kontakt und Beratung. Die Deklaration von Helsinki, 2008 in Seoul von der *World Medical Association* revidiert, fordert in Nr. 22, andere hinzuzuziehen, wenn dem Patienten eine individuelle Entscheidung nicht möglich ist. Das bedeutet nicht nur eine Art Ersatzeinwilligung, sondern auch, wenn man vom Wortlaut absieht, die Vermittlung des Patienten in einen Kontext, der seine Willensbildung unterstützt.⁵

2 Facetten des Problems

Transkulturelle Probleme sind immer mit anderen Problemen, z.B. mit Sozial-, Sprach-, Schichtproblemen, Diskriminierung usw., verknüpft. Diese Vernetzung kann hier nicht diskutiert werden. Wir reflektieren nur folgende Hintergründe:

2.1 Zugang zur medizinischen Versorgung

Die Behandlung von Herrn W. in dem gerade geschilderten Fall wurde wie üblich vom Kostenträger übernommen, weil unabhängig vom Einbürgerungssta-

⁵ Vgl. M. FRIELE: Die Deklaration von Helsinki (2012), S. 99f.

tus – mit Ausnahme der sog. Illegalen – medizinische Versorgung in Deutschland gewährt wird. Das Problem ist das Wort „gewährt“. Zwar wird „das Recht auf Versorgung im Krankheitsfall“⁶ als soziales Menschenrecht definiert, aber leider nicht als ein in allen Staaten gültiges Rechtsstatut, das Realisierung fordert. In der EU wird diese Frage als neue Form des Staatsbürgertums, also jenseits der nationalen Populationsgrenzen, diskutiert. Die Rechtspraxis überschreitet zwar nationale Grenzen, bleibt aber – was ein wesentliches Manko ist – an die Zugehörigkeit zur EU-Staatengruppe⁷ gebunden.

2.2 Kulturverschiedenheit als Verschiedenheit des Verstehens

Wir können nicht davon ausgehen, dass Menschen aus fremden Kulturen eine hierzulande gestellte Diagnose in diesem Sinne verstehen. Man muss Sprache und Kommunikation unterscheiden. Beispiel ist etwa eine andernorts oder in Deutschland diagnostizierte Herzkreislaufkrankung. Der Befund mag als der gleiche festgestellt worden sein, aber manche begreifen Herz als Teil des Körpers, andere als zentrales „Organ“ der Beziehung, religiöse Muslime eher als Ort göttlicher Ansprache, wieder andere als eine Art Batterie, die sich durch Gebrauch zunehmend entlädt, ... und schon gibt es Probleme mit dem Verstehen einer Krankheit. Verstehen umfasst auch Elemente der Biografie, der vermuteten Kausalität, der Beziehungen, der Emotionen usw.

Wichtig ist, die Verstehensbedingungen zu rekonstruieren und damit die Moralsysteme kennenzulernen, die diese (z.B. durch Religion und/oder Kultur inspirierte) Ressourcenorientierung regeln. Diese Situation führt Patienten und Behandler in eine permanente Konfliktlage. Einbettung in eine fremde Kultur bedeutet oft Eingeschüchtertsein: „Der einzelne kann sich in der Gemeinschaft eventuell eher äußern als im Zwiegespräch mit einem fremden oder beeindruckenden“⁸ Behandler.

2.3 Die angeblich harmlose Unterscheidung von „disease“, „illness“ und „sickness“

Ausgangspunkt für das Verstehen der transkulturellen Medizin wurde die Unterscheidung des Krankheitsbegriffs in 1) „disease“ (Krankheit), 2) „illness“ (Kranksein) und 3) sickness (Interpretation einer Krankheit in einer bestimm-

⁶ Vgl. S. BENHABIB: Die Rechte der Anderen (2008), S. 144.

⁷ Vgl. ebd., S. 155; siehe auch die Tabellen auf S. 156–159.

⁸ M. FRIELE: Die Deklaration von Helsinki, S. 100. Der Unterschied zwischen klinischer Forschung und Behandlung ist hier zweitrangig.

ten Bevölkerungsgruppe) des amerikanischen Anthropologen Kleinman⁹. Das gleiche Phänomen kann und muss man als Krankheit (disease) oder Kranksein (illness) bzw. Krankheitskonzept (sickness) betrachten, was bedeutet: Jede Diagnose, die nur auf einem oder zwei dieser Anteile beruht, ist unvollständig, oder sagen wir es deutlicher: unzureichend. Das Krankheitskonzept der Behandler und das von Herrn W. aus der Fallgeschichte stimmten nicht überein. Der Patient sah vor allem das Kranksein, während er die Momente „disease“ und „sickness“ nicht verstand. Seine Behandler favorisierten den Konzeptanteil „disease“ und blendeten die Anteile „illness“ und „sickness“ ganz oder teilweise aus. Konsens klingt anders.

2.4 Notwendigkeit eines sozialen Netzes

Ein soziales Netz zu haben bedeutet, Verantwortung anzubieten und zu übernehmen, wenn für den weiteren Verlauf der Behandlung Entscheidungen und eine situationsgemäße Reaktion nötig sind – für traditionsorientierte Patienten eine Selbstverständlichkeit, für das westliche Gefühl eher ein Verstoß gegen die Privatsphäre. Eine typische Formulierung der westlichen Biomedizin ist die der *stranger medicine*¹⁰ – eine Medizin also von und für Fremde, d.h. hier: Menschen, die aufgrund universalgültiger Werte, unbeeinflusst von Nahbeziehung und Kontext handeln. Akzeptiert Fremdheit auch die Andersartigkeit der Krankheitskonzepte, und respektiert sie die nahezu global geforderte Selbstbestimmung? Dabei gilt „Beziehung“ als der zentrale Ort der Selbstentdeckung¹¹ und gleichsam als Keimzelle des Ichseins – auch und gerade in Zeiten der Krankheit. Herr W. bekam wenig Besuch – ist das eher ein Zeichen seiner westlichen Assimilation oder eher seiner Isolation, in der er sich selber nicht entdecken, geschweige denn verwirklichen kann?

3 Anthropologie und Ethik der transkulturellen Medizin

Nur eine Synergie von Anthropologie und Ethik ist für das Problem der medizinischen Versorgung hilfreich, weil deren Lösung den Prinzipien des Menschlichen entsprechen muss. Woher aber kommen diese Prinzipien des Menschlichen in der Migrationsfrage?

⁹ Vgl. A. KLEINMAN: *Anthropology of Medicine* (1995), S. 1667–74.

¹⁰ H. T. ENGELHARDT: *The Foundations of Bioethics*, S. 300.

¹¹ CH. TAYLOR: *Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung* (2009), S. 23.

3.1 *Der Andere ist auch der Fremde*

P. RICŒUR, E. LÉVINAS und J. DERRIDA sind wichtige Vertreter einer Philosophie, die Infrage-gestellt-Werden und Ansprechbarkeit durch den Anderen zum zentralen Thema ihrer Beziehungsreflexion gemacht haben. Ethik ist nur als Widerschein dieser Beziehung möglich und denkbar, auch wenn man aktuell Bioethik anders, vor allem nicht anthropologisch begründet. Darum einige Überlegungen, die auf einer transkulturellen Anthropologie fußen:

Dass Selbstwahrnehmung immer erst durch Wahrnehmung des Anderen möglich wird, ist in dem Augenblick problematisch, wo die Wahrnehmung des Anderen erschwert oder bagatellisiert wird, etwa dann, wenn der Andere in seinen Ansichten, Wünschen, Werten und Entscheidungen unseren Ansichten, Wünschen, Werten und Entscheidungen gleichgeschaltet wird. Steht dahinter nicht die Ideologie der Integration? DERRIDA sieht darin ein „in Sicherheit gebrachtes, gegen das Leben und die Historie abgesichertes“¹² Lebensprogramm. Wenn wir dem Anderen nicht mehr seine Andersheit zugestehen, stimmt unsere Voraussetzung nicht mehr, dass das Ich erst durch den Anderen entsteht. Verheerend daran ist, dass wir nicht mehr davon ausgehen können, ein Ich zu sein, das aus Beziehung entsteht und durch Beziehungen lebt. Damit ist eher unser Nachbar gemeint als der fremdkulturelle Mitbürger. RICŒUR vermeidet bewusst, darin LÉVINAS und DERRIDA ähnlich, „deutlich zwischen sich als einem Anderen und der Andersheit des Fremden zu unterscheiden“¹³. Akzeptanz des Anderen führt nicht über Nivellierung der Unterschiede, also über Mechanismen der Angleichung, sondern nur über Anerkennen der Andersheit. Die Ausblendung des Fremden ist insofern fatal; denn

- 1) der fremdkulturelle Andere ist in noch intensiverem Ausmaß ein Anderer als der gleichkulturelle Nachbar,
- 2) das Ich verliert seine Kontur, wenn es die Begegnung mit dem fremdkulturellen Anderen nicht aushält und sich auf Rassismus- und Egopositionen zurückzieht, und
- 3) erst diese Begegnung lässt das Ich und den (fremden) Anderen zu Zentren von Kommunikation und Interaktion werden.

Zudem ist es eine Quintessenz vor allem der Arbeit DERRIDAS, dass der Andere, insbesondere der fremde Andere, von seiner Perspektive der *hospitalité* begriffen wird. Wir übersetzen diesen Terminus als Gastfreundlichkeit, die nach

¹² S. MOEBIUS: Die soziale Konstituierung des Anderen (2003), S. 358.

¹³ B. LIEBSCH: Das leibliche Selbst und der Widerstand des Anderen (2011), S. 492.

DERRIDA als bedingte oder bedingungslose unterschieden wird. Gerade in ihrer bedingungslosen Variante darf die Wirklichkeit der medizinischen Versorgung nicht unterlaufen werden. Gastfreundlichkeit steht jenseits (ethischer und juristischer) Regelungen, sie ist gleichsam die Bedingung für ihre Möglichkeit und Verbindlichkeit. Das bedeutet strenggenommen die Gleichsinnigkeit von Gastfreundlichkeit und Moral-Begründung¹⁴, das eine ist ohne das andere nicht wirklich denkbar.

3.2 *Anthropologie der Grenze*

Rückbesinnung und Rückgriff auf die anthropologische Frage bedeuten, dass Menschsein mit Grenzen-Überschreiten zu tun hat. Bekannt ist die Frage nach der Grenze durch die Philosophie von K. JASPERS, der das Leben auf und mit Grenzen als Existential gedacht hat: Ohne Grenze verliert Menschsein eine entscheidende Dimension, es vertieft sich in Leid, Schuld, Schicksal, Kampf, Scheitern oder Tod und an ihrem Grund die Aussicht auf Neubeginn und Existenzweiterung. Die Chance der Grenze und die Bedeutung des Scheiterns daran verspielen diejenigen, die weniger die Grenze und ihre existentielle Herausforderung, stattdessen mehr die kleinbürgerliche Mentalität der an Grenzen gebundenen Allokation im Auge haben.

Migration ist Überschreiten von Grenzen, Umgang mit Migration ist insofern Umgang mit Grenzen – auch bei sich selber. Migranten wie ihre Mitbürger in der neuen Heimat brauchen Menschen, die Grenzen erfahren und überschreiten bzw. die Bedeutung dessen bei sich bzw. anderen respektieren und jenseits des Alltags Ich-Konturen und Perspektiven gewinnen. „Grenzerfahrungen übernehmen dementsprechend in der modernen Literatur die Stelle von Bekehrungsgeschichten“¹⁵, weil Bekehrte andere Menschen geworden sind und eine Grenze/Begrenzung überschritten haben. Eine Anthropologie des Leben jenseits der Grenzen gibt es noch nicht bzw. nur in Ansätzen¹⁶, darum hier einige Hinweise aus einem nicht-philosophischen Genre:

- Ein Zitat des holländischen Schriftstellers C. NOOTEBOOM greift diese anthropologische Perspektive auf: „Die Welt gehört anderen, du darfst sie dir ansehen, um sie besser zu verstehen – oder um dich selbst besser zu ver-

¹⁴ Vgl. M. W. WESTMORELAND: *Interruptions: Derrida and Hospitality* (2008), S. 2f.

¹⁵ B. GRUBER: *Vom Umbau des Subjekts* (2002), S. 33.

¹⁶ Vgl. die Aufsätze in der Publikation von CHR. KLEINSCHMIDT/CHR. HEWEL: *Topographien der Grenze* (2011), darin die Einleitung von KLEINSCHMIDT (S. 9–24) und den Aufsatz von F. KURBACHER: *Die Grenze der Grenze*, S. 25–38.

stehen –, aber du kannst diese Welt nicht werden.“¹⁷ Nicht-Identität ist ein Grundprinzip im Zusammenleben der Menschen. Wer in eine fremde Welt eintritt, muss diese Distanz der Lebenswelten respektieren. Die sehr verbreitete Integrationsideologie trifft daneben, wenn sie auf Assimilierung und Distanzlosigkeit setzt und Momente der Fremdheit in der Begegnung der Kulturen beseitigen will. NOOTEBOOM ist wegen seiner umfangreichen Reisetätigkeit einschlägig bekannt und ist von fremden Kulturen offensichtlich fasziniert. Solange er die Distanz der Nicht-Identität wahrt und niemals als Usurpator und Missionar des Westens auftritt, bleibt dieses Fascinosum erhalten. Das gilt auch für das Versorgungsproblem in der Medizin, und auch die Migranten dürfen nicht erwarten und tun es oft auch nicht, dass man ihre medizinische Versorgung nach dem Muster der Heimat gestaltet, die sie – vielleicht bewusst – verlassen haben oder mehrere Identitäten in sich fühlen. Die Begegnung der Kulturen sollte Verstehen bei den Anderen und bei sich selber ermöglichen, nicht verhindern.

- Die österreichische Literatur-Nobelpreisträgerin (2004) E. JELINEK geht in ihrem Theaterstück „Totenauberg“ (wohl eine Verfremdung von „Todtnauberg“) noch einen Schritt weiter: Heimat ist und bedingt Fremde. Satirisch stellt sie alltägliche Denk- und Sprachgewohnheiten infrage. Teil dieser Sprachdestruktion ist die Interrelation von Heimat und Fremde, die natürlich keine geografischen, sondern Gefühls- und Kognitionsparadigmen sind. Ähnlich wie die Begriffspaare Leben und Tod so auch Heimat und Fremde hängen sie unterschwellig zusammen, bedingen mithin keine Ausgrenzung. JELINEK lehnt ihr Stück an den Namen des Schwarzwalds Todtnauberg an. Dort hatte der Freiburger Philosophieprofessor MARTIN HEIDEGGER seine Skihütte, veranstaltete Seminarabschlussfeiern, lehrte Studenten ohne Bergerfahrung das Skifahren, inszenierte also Heimat und die schöne Seite des Daseins, während in seiner Philosophie an prominenter Stelle über das Nichts (Jelinik: „Das Nicht sein bringt nichts ein“; nur das „s“ wurde verschoben) reflektiert wird. Seine (im Stück fiktive) Gegenspielerin Hannah Arendt klagte dagegen in ihrer Philosophie die Vernichtung von Leben und Heimat an. „Wir wollen in der Fremde sein und über uns hinausgehoben werden, uns verlängern ins Unbekannte... Es könnte ja jeder daheim bleiben, um sich dort die Fremde zu schaffen, aber nein, wir müssen fort, um uns ein Zuhause zu schaffen.“¹⁸ Und

¹⁷ C. NOOTEBOOM: Schiffstagebuch (2011), S. 101.

¹⁸ E. JELINEK: Totenauberg (1991), S. 26.

die Konsequenz: „Einmal werden diese Fremden selber Wirte für Neues werden müssen und sich dann erst selber besitzen.“¹⁹

- Der Mensch, der seinen Lebensraum nicht verlässt, ist als „Mensch im Futteral“²⁰ ein häufiges und wichtiges Thema bei dem russischen Erzähler A. TSCHECHOW. Er schreibt: „... sich zurückziehen und auf seinem Gut zu verstecken – das ist kein Leben, das ist Egoismus, Faulheit ... Der Mensch braucht keine drei Arschin [russisches Längenmaß, ca. 2 m, F.J.I.] Land, kein Gut, sondern den ganzen Erdkreis ..., wo er alle Eigenarten und Besonderheiten seines freien Geistes uneingeschränkt entwickeln kann.“²¹ Wer in seinen eigenen Grenzen bleibt und darin aufgeht, vertut diese Chance – TSCHECHOW hält ihnen den Spiegel der Normalität vor: Nicht nur Spießigkeit und Fehlen eines ausreichenden Entfaltungsraumes erschrecken, sondern auch die Tatsache, dass die Mitmenschen dieses *Menschen im Futteral*, also die Leser dieser Geschichte, zu Komplizen, d.h. selber zu *Menschen im Futteral* werden, wenn sie sich hinter seinem psychischen und physischen Ruin verstecken und ihm nicht helfen. Wer Migration behindert und unter Verdacht stellt, bleibt selber Gefangener seiner Scholle und entwickelt Angst vor Mobilität, genau das ist TSCHECHOWS Vorwurf. Je mehr Medizin sich auf die Werte der universalen, d.h. grenzenlosen Verpflichtung besinnt, desto mehr wird sie zum Prototyp des Menschen jenseits des Futterals. „Das Subjekt der Moderne transzendiert seine Grenzen.“²² Medizinische Versorgung, die nicht den politisch-wirtschaftlichen Vereinbarungen (z.B. der EU oder wie in der Fallgeschichte der ehemaligen Sowjetunion) unterliegt, entzieht sich dem Diktat des Menschen im Futteral, ist nicht mehr Spiegel des Gewohnten.
- Einer der wesentlichsten Momente im modernen Leben ist die Mobilität, die Grenzen überschreitet und Fixierung auf eigene Grenzen als Begrenztheit und Beschränkung empfindet. Der französische Dichter CH. BAUDELAIRE kennt die Sicherheit, aber auch das Elend der eigenen Grenzen, z.B. die Sehnsucht nach Weite und Überschreiten der bürgerlichen Ordnung. Grenzen sind für BAUDELAIRE Symbole, so etwa für die Grenze zwischen Gut und Böse, für das Orientiertsein am Ziel, für die Utopie der Seh-

¹⁹ Ebd., S. 46.

²⁰ Vgl. ebd., S. 323–327.

²¹ A. TSCHECHOW: *Stachelbeeren* (2009), S. 241f.

²² B. GRUBER: *Vom Umbau des Subjekts*, S. 35.

sucht usw.: „Dis-kontinuität der Erfahrung“²³ nennen das die Interpreten. Wer an Grenzen gebunden bleibt, ist wie BAUDELAIRES Grille, die Elend und Sehnsucht erlebt, als die Bohémiens vorbeiziehen: „Am Grunde ihres Sandlochs sieht die Grille sie vorbeiziehen, und lauter klingt ihr Lied ... , macht, dass der Felsen Wasser spendet und die Wüste blüht vor diesen Fahrenden, denen die Finsternisse der Zukunft offen stehen: ein vertrautes Reich.“²⁴ In biblischen Metaphern beschreibt der Dichter das Faszinierende an der Grenzüberschreitung: Felsen, die Wasser spenden, und Wüsten, die blühen. Hoffnung kann finster sein, wenn sie Angst macht, und weil sie Risiko der Offenheit ist, auf das sich nur einlassen, die unterwegs sind und im Dunklen Helles entdecken. Nichts ist nur das, was man sieht, auch das Verborgene gehört in dessen Sein.

Es ist bemerkenswert, dass eine verbreitete Empfindung eher Vorbehalte wie Zuzugsbeschränkung und Reduzierung sozialer Leistungen etc. gegen Ausländer produziert, anstatt Bewunderung, und sich mit den Worten BAUDELAIRES in das Sandloch zurückzieht.

3.3 Transkultureller Ethikansatz

Zwei Ebenen werden sichtbar: 1) Menschen sind Menschen, weil und insofern sie Grenzen überschreiten oder Grenzüberschreitung zulassen. 2) Menschen, die ihren grenzüberschreitenden Mitmenschen Unterstützung vorenthalten und kein auf eigener Erfahrung mit Grenzen beruhendes Engagement entwickeln, vergeben sich das, was sie zu Menschen macht. Eine ethnozentrische Perspektive reicht nicht aus. Beispiel: Der Chemieingenieur in einem Schweizerischen Pharmaunternehmen und der Gärtner in einem Krankenhaus in Esslingen sind beides Migranten etwa aus Andalusien, haben aber beide verschiedene Grade des Verstehens, der Bildungsschicht, des Alters usw., während der deutsche Kollege des spanischen Gärtners (zwar mehr oder weniger gut) deutsch spricht, aber sicher viel weniger von moderner Medizin versteht als der spanische Chemieingenieur. Wenn solche Kriterien nicht wirklich treffsicher sind, können wir nur eine transkulturelle Medizinethik entwickeln, die einerseits die regionale Perspektive anerkennt, aber zugleich auch die kritische Frage stellt, ob diese Perspektive unbedingt, also universal gültig ist.

²³ S. BUCK-MORSS: Dialektik des Sehens: Walter Benjamin und das Passagen-Werk (2000), S. 220 (dort wird Baudelaire besprochen, dessen „les fleurs du mal“ Benjamin übersetzt hat).

²⁴ CH. BAUDELAIRE: Bohémiens en voyage/Zigeuner unterwegs, in: Les Fleurs du mal/Die Blumen des Bösen (1997), Nr. XIII, S. 36 u. 38/37 u. 39.

Wenn die regionale Perspektive diesen Universalitätstest nicht besteht, welche Perspektive kann dann gelten? Wir rekurren hier auf zwei Ansätze:

E. D. PELLEGRINO diskutiert ein polyvalentes System. Einerseits sieht er in der Frage des kulturellen Relativismus ethnische Enge regionaler und konkreter Erfahrungen. Gerade als Arzt kann er Begrenztheit dieser Art nicht akzeptieren, regionale Gültigkeit ist nicht das Maß aller Dinge. Die regionale Perspektive kann nur aufgrund einer universellen Gültigkeit medizinethischer Normen eingenommen werden. PELLEGRINO nimmt den Konflikt einerseits zwischen kulturellen und ethischen Deutungsmustern, zum anderen zwischen ethnozentrischen und universellen Normen²⁵ wahr. Wenn diese Konfliktmomente schon nicht auseinanderdividiert werden können, geht es um das Zugleich von kulturbedingten Vorlieben und der „Suche nach ethischen Elementen, die partikulare Kulturen transzendieren“²⁶: Indem ich kulturbedingten Regeln folge, suche ich darin das Unbedingt-Gültige, Korrektur und Weiterentwicklung der traditionellen Regeln ist dann impliziert. Das heißt: wir befinden uns nicht mehr im Relativismus-Diskurs, sondern im Diskurs über die Rationalität einer Entscheidung. Die bringt man nicht über Normen zustande, die absolut gesetzt werden, als ob in Normfragen Willkürentscheidungen, also sog. Decisionismus, vernünftig wären. Zudem: Wann sind Normen universell gültig? Gibt es einen Gegensatz von Universell-Gültig und Pragmatisch? Der Konflikt zwischen ethnozentrischer und universeller Normierung kann nicht grundsätzlich gelöst werden, nur – um es im Sinne PELLEGRINOS zu sagen – in einem Zugleich beider Momente. Denken wir an den indianischen Patienten mit dem Herzklappenproblem, der seine Risikoauflärung als Ankündigung des Risikos verstand²⁷. Sollte man ihm deswegen die Auflärung vorenthalten? Nein, man sollte sie modifizieren. Um es grundsätzlich und praxisnah zu formulieren: Universal-Gültiges muss durch regionale Spezifizierung einen transparenten Plausibilitätszusammenhang erhalten.

J. HABERMAS konkretisiert diese Perspektive. Er sieht im üblichen transkulturellen Diskurs nur zwei Perspektiven: die des Beobachters und die des Teilnehmers „Eine dritte Perspektive, eine zur Beobachter- und zur Teilnehmerperspektive hinzutretende“²⁸, sollte es unbedingt geben, sonst laufen wir Gefahr, die transkulturelle Medizin in eine Konsensideologie zu pressen. Was

²⁵ Vgl. E. D. PELLEGRINO: *Intersections of Western biomedical ethics and world culture* (1992), S. 191.

²⁶ Ebd., S. 195 (Übers. F. J. I.).

²⁷ Vgl. R. MACKLIN: *Ethical Relativism in a Multicultural Society* (1998), S. 9f.

²⁸ J. HABERMAS: „Verstehen“ versus „Wahrnehmen“, S. 107. Interessant zu wissen ist, dass es

ist die dritte Perspektive? Das ist die von Ethnologen und Soziologen so genannte ‚teilnehmende Beobachtung‘. Wer in einer Kultur lebt oder mit einer Gruppe zusammenlebt und sie insofern beobachtet, ist nicht nur der von außen Kommende, sondern auch Teilnehmer dieser Kultur oder Gruppe und steht damit im Diskurs über das, was im Interesse der Kultur oder Gruppe liegt. Der Konsens, sicher ein ideales Arbeitsziel, beginnt mit dem Dissens, und wer den Konsens nicht wirklich erarbeitet, hat ihn nicht verdient. Die Position des teilnehmenden Beobachters kann nur der wirklich einnehmen, der, wie auch PELLEGRINO fordert, beides kennt: den regionalen und den universalen Anspruch, also die Gruppe kennt und die Erfahrungen bzw. Regeln anderer Gruppen. Erst auf dieser Basis ist Bewertung möglich, alles andere wäre Unterstützung der Gruppenmoral. Der teilnehmende Beobachter entscheidet nicht, welche Position die stärkere ist, sondern handelt eine Strategie aus, die im nächsten Punkt spezifiziert wird.

Zuvor soll aber eine ethikfremde deutsche Peinlichkeit erwähnt werden: Wenn z.B. der eine behauptet, der Islam gehöre zur deutschen Kultur, und der andere das bestreitet, sagt das zwar zum Problem der Transkulturalität und erst recht zum Problem der transkulturellen Medizin wenig, aber diese Auseinandersetzung verrät, dass keiner von beiden die Kreativität einer Konfliktlösung begriffen hat. Die Konsens-Gesellschaft ist – nicht nur in Zusammenhängen von Pluralismus und Multikulturalität – unrealistisch geworden. Man sollte ehrlicher vom Ende der Konsens-Gesellschaft reden. Die andere Seite dieses Verzichts auf unrealistische Visionen ist dann aber auch die Notwendigkeit, die Lösung eines kulturbedingten Dissenses auszuhandeln²⁹ und nicht auf letzte Wahrheiten zu rekurrieren.

4 Problemlösung

4.1 Kultur der Konvivialität: Hinsehen, Interesse, Respekt

Zusammenleben ist nicht einfach das Ergebnis von „zusammen leben“, sondern von einer bewussten Entscheidung zur Gemeinsamkeit. I. ILLICH prägte den Begriff „Konvivialität“, der nicht-strategische Momente und Werte von Zusammenleben und Gemeinsamkeit der Produktivitätsideologie westlicher Industrienationen entgegensetzt.³⁰ Nicht Produktivität und Pflege der Gemein-

in der Ethnomedizin, entlehnt aus der Soziologie, das methodische Konzept der ‚teilnehmenden Beobachtung‘ gibt.

²⁹ R. BAKER: A Theory of International Bioethics (1998).

samkeit stehen sich gegenüber, sondern Steigerung der Produktivität muss mit Pflege der Gemeinsamkeit verbunden werden. Theologisch interpretiert umfasst dieser Begriff folgende Ebenen:

4.1.1 Hinsehen

Hinsehen resultiert aus Wahrnehmen, und Hinsehen scheitert oft, wenn man, wie leider üblich, nur das sieht, was man für möglich und wichtig hält. Kontext als wesentlicher Bestandteil des Wahrgenommenen ist Voraussetzung des Hinsehens, gehört also dazu, wenn man Augenzeuge sein will. Vom Kontext abstrahierte Fakten sind Verstümmelung.

4.1.2 Interesse

Interesse bedeutet das Gegenteil der unter den Umständen technokratischer Gesellschaften üblichen Gleichgültigkeit. „Ich will, dass man Interesse zeigt, denn allein schon durch Neugier werden Vorurteile abgebaut.“³¹ Interesse ist das Gegenteil von freundlichem Abnicken, es benennt den Dissens und überwindet Vorurteile, weil es vom Vorurteil zum Urteil vorgestoßen ist und damit die Grenzen des Konventionellen verlässt.

4.1.3 Respekt

Respekt fußt auf Hinsehen (6.1.1) und Interesse (6.1.2) Der südafrikanische Nobelpreisträger J. M. COETZEE schreibt in einem Roman: „Wie rottet man Verachtung aus, besonders wenn sich diese Verachtung auf nichts Essentielles bei den wegen dieses Unterschieds so genannten Barbaren gründet? ... Ich wünsche mir manchmal, dass sich die Barbaren erheben und uns eine Lektion erteilen würden, damit [... wir] lernen, sie zu achten.“³² Es muss nicht erst zu Gewalt bzw. Terror kommen, wenn man sich schon vorher zur Lektion der Achtung und seinen beiden Vorstufen des Hinsehens und des Interesses durchringt. Respekt bedeutet nicht Übereinstimmung, sondern Anerkennung der fremden Position als wichtig, nicht ihre Einverleibung.

4.2 Sprache

„Sprachkurse für Ausländer!“ heißt zurzeit die politische Zauberformel, aber

³⁰ I. ILLICH: *Selbstbegrenzung* (1975), S. 32; vgl. dazu J.B. METZ: „Wachen, aufwachen, die Augen öffnen“ (2011), S. 57–63.

³¹ P. KARAMAD-VAKILI-AGHDAM: *Wenn sie mich nur fragten ...* (1992), S. 116.

³² J. M. COETZEE: *Warten auf die Barbaren* (2001), S. 97.

sie blendet einen wichtigen Teil aus: Sprache ist ein Kommunikationsmittel: Sprechen bedeutet 1) „begriffliche Organisation von Erfahrung“, 2) Eindringen in „Symbolsysteme“ und verfügt 3) über einen „Charakter von Normen“³³. Vokabeln und Grammatik einer Sprache zu beherrschen bedeutet nicht, schon dazuzugehören, entscheidend ist die Teilnahme am sozialen Leben. Erst Mitmachen erzeugt sprachliche Kompetenz, und dazu gehört zu begreifen, was die anderen warum anders machen. Die andere Seite der Zauberformel „Sprachkurse für Ausländer!“ ist das Verstehenwollen derer, die das vielleicht noch fehlerhafte Sprechen der Ausländer hören. In biologischen Systemen (etwa im DNA-System) ist es systemimmanent, dass Fehlerkorrektur durch Enzyme die Funktionstüchtigkeit eines Systems erhalten. Ist Fehlerkorrektur im Zielland der Migranten Standard? Fehlt Korrekturbereitschaft, funktioniert das System nicht.

Sprachliche Förderung im medizinischen Setting findet auf zwei Ebenen statt: 1) durch die Vergrößerung der eigenen sprachlichen Fähigkeiten des Arztes, aber auch des Patienten, 2) durch Übersetzungshilfen.

Ad 1) Als hilfreich wurden in den Interviews von I. WESTERMILIES Brücken benannt, die dem Arzt helfen, den Verlauf eines Anamnesegesprächs zu verbessern: Solche Brücken sind: Versatzstücke in einer fremden Sprache benützen, bei guter Kenntnis in einer fremden Sprache Übersetzungshilfe leisten, Patienten an Kollegen überweisen, die fremde Sprachen beherrschen, Gebärdensprache (etwa durch Fortbildungskurse optimiert), Benutzen von Bildern und Zeichnungen zur Erklärung und Zusammenarbeit mit sprachlich versierten Sozialdiensten. Das ist ein Empowerment der transkulturellen Gesprächskompetenz durch Optimierung der verbalen und nonverbalen Verständnismöglichkeiten.

Ein negatives Gesprächsergebnis ist nicht nur auf die Grenzen des fremdkulturellen Patienten zurückzuführen, sondern auch auf die Grenzen des Arztes. Ein ärztlicher Interviewpartner karikierte die Medizin, die viele seiner Kollegen betreiben, als „sprachlose Tiermedizin“³⁴. Wer ‚sprechen will‘, kann es auch, das gilt für den Patienten, aber ebenso auch für den Arzt, der sich seine kommunikativen (nicht nur: sprachlichen) Kompetenzen nicht zutraut. Wer bei der Behandlung *der* Fremden Probleme hat, hat sie auch mit dem Fremden in sich selber: Man muss sich selbst verstehen, um andere verstehen zu können.

³³ P. BIERI: Wie entsteht kulturelle Identität? (2011), S. 63f.

³⁴ Vgl. I. WESTERMILIES: Ärztliche Handlungsstrategien (2004), S. 104 und 133.

Ad 2) Eine weitere Möglichkeit, sprachliche Gräben zu überwinden, ist das Hinzuziehen von Dolmetschern, was die Arzt-Patient-Beziehung zwar grundsätzlich stört, in besonderen Situationen aber unvermeidbar ist. Dagegen ist es oft unzureichend, private Übersetzungsressourcen zu nützen, z.B. Kinder des/der Patienten/in als Übersetzer mitzubringen, weil sie damit oft überfordert sind und innere oder gar intime Probleme der Eltern sie nichts angehen. Vor allem in der Schweiz wird ein professioneller Dolmetscherdienst angeboten.³⁵ Er muss eine solche Schutzzone des Patienten wahren und wichtige Hintergründe, nicht nur eine 1:1-Übersetzung der Wörter, zur Sprache bringen.

4.3 Mediation und Diversity-Management

Beide Techniken fußen auf Erfahrungen, die man in Moderationen von Konflikten gesellschaftlicher Gruppen erprobt hat. Die *Mediation* (1) will in allen Situationen Kontroversen regeln, ohne den starken Arm der Justiz zu bemühen, und will die Beteiligten nicht den Regeln einer Strafprozessordnung unterziehen. *Diversity-Management* (2) findet speziell in Betrieben statt, in denen viele kulturverschiedene Mitarbeiter kooperieren und kulturspezifische Blockaden behoben werden müssen.

Ad 1) Mediation wird verstanden als eine Abfolge von Schritten, die eine Aussöhnung konfligierender Maximen möglich macht, ohne eine der beiden Seiten zu entwerten. Beispiel einer externen Konfliktlösung ist die folgende Sequenz von Schritten:

1) Vereinbarung über das *Procedere*, 2) Beschreibung des Konflikts, 3) Eruierung der Gemeinsamkeiten, 4) gemeinsame Entscheidung und 5) Kontrolle der Verständigung bzw. Einhaltung der gemeinsamen Entscheidung (= ‚Vertrag‘).³⁶

Ad 2) Diversity-Management hat einen vergleichbaren Ansatz, in dem ein „Abbau von Barrieren“³⁷ angezielt wird, die durch unterschiedliche Gruppenzusammensetzung entstanden sind. Dabei geht es um die Bearbeitung von Selbst- und Fremdbildern, aber auch um Anreizsysteme für die Umsetzung von Abmachungen, die in den Gruppen getroffen wurden. Interessant ist, dass in diesem System Verknüpfungen mit sozialen Strukturen auf der Meso- und Makroebene reflektiert werden, damit die Entscheidungen nicht an sozialen

³⁵ Vgl. ebd., S. 98–102.

³⁶ Vgl. F. J. ILLHARDT: The relationship between health care professionals and patients (2007), S. 74f.

³⁷ S. BAIG: Diversity-Management zur Überwindung von Diskriminierung? (2010), S. 346.

Barrieren scheitern und eine realistische Konfliktbearbeitung möglich wird. Besonders wichtig ist dafür die Wahrnehmung tatsächlicher Machtstrukturen und der schon genannten rassistischen Überlegenheitsfantasien.³⁸

4.4 Gemeinsame Werte und Interaktionen ,entwickeln‘

Am Grund der Gemeinsamkeit liegt die Tatsache, dass wir Menschen, gleich aus welcher Ethnie, eine gemeinsame Ausstattung haben: wie wir etwas deuten, mag verschieden sein, aber dass wir etwas deuten (können und müssen), ist eine vergleichbare Ausgangsbasis für Zusammenleben. Reibungsverluste werden vermieden, indem herausgestellt wird, was Menschen verbindet, und das sind „Wertorientierungen, die von allen Beteiligten (und Betroffenen) [...] mit guten Gründen akzeptiert werden können“³⁹. Ein Beispiel aus einem klinischen Bioethikzentrum in Cleveland, USA, wo Bevölkerungsgruppen mit verschiedener Herkunft und verschiedenem Alter sich durch Interviews und Videos gegenseitig ihre Einstellung zu städtebaulichen Maßnahmen mitteilten. Wissen die einen, was den anderen wertvoll ist? In diesem Konzept stecken viele Perspektiven: Gemeinsam für oder gegen ein Projekt zu sein, Argumente zu haben und sie dem ‚stresstest‘ durch andere zu unterziehen, den eigenen Standpunkt zu relativieren, weil man Alternativen erfährt und möglicherweise erst nach und nach versteht, welche der Optionen der anderen wirklich tragfähig ist, usw.

Was ‚Werte‘ bedeuten, ist weithin unbekannt, weil man wenig darüber redet und vor allem nicht darüber, wie man mit Wertdifferenzen umgeht. Das Beispiel der 68er Jahre zeigt genau diesen Zusammenhang, wenn auch verfremdet: Zum Umgang mit Wertdifferenzen führte nicht ein rationaler Umgangsstil, sondern seine Ausblendung führte zur Tötung von Benno Ohnsorg und zur Entstehung der RAF.⁴⁰ Werte entstehen aus Interaktionen. Insofern bedeutet ‚Gemeinsame Werte entwickeln‘ ein Ordnungssystem zu entwickeln, mit dem man mit Differenzen umzugehen lernt, ohne den Rahmen der Interaktion zu verlassen.

4.5 Gemeinsame Interaktionen ,planen‘

In dem zu Beginn dieses Aufsatzes berichteten Fall darf man nicht bei der

³⁸ Vgl. ebd., S. 349f. und 353ff.

³⁹ J. HABERMAS: „Vernünftig“ versus „wahr“, S. 103.

⁴⁰ Vgl. F. J. ILLHARDT: Interkulturalität (2009), S. 211.

Verwunderung stehen bleiben, dass der Patient die OP verweigert, die er eigentlich will. Wenn bspw. der weißrussische Patient Menschen vermisst, die in seiner Kultur für eine Entscheidung notwendig gewesen wären, kann man natürlich keinen adäquaten Ersatz inszenieren. Ein Prozess sollte angestoßen werden, in dem er überlegt, ob er neue Menschen akzeptiert, die mit ihm zusammen eine Entscheidung überlegen, Argumente findet oder möglicherweise entkräftet, die einerseits neue Bedenken bringen, aber auch Vorurteile abbauen helfen und was die Gründe für die ihn lähmende Fremdheit sind. Nur so entsteht gemeinsames Handeln.

Zusammenfassung

ILLHARDT, FRANZ JOSEF: **Anthropologie der Grenze und medizinische Versorgung von Migranten.** ETHICA 21 (2013) 2, 123–143

Probleme der medizinischen Versorgung kulturverschiedener Menschen werden vor allem von Pflege, Psychiatrie und Medizinethik unter dem Systembegriff „transkulturelle Medizin“ geordnet. Entgegen einer verbreiteten Ansicht werden sie nicht durch eine Politik der Akkulturation gelöst, sondern durch Identifikation und Lösung von Konflikten. Dass bedeutet anthropologisch, dass Assimilation ihr Ziel der Integration verfehlt, wenn sie Andersheit beseitigt, anstatt Andersheit als Wesen der Integration zu respektieren, gar zu fördern. Eine Fallgeschichte beleuchtet den klinischen Hintergrund. Konfrontiert wird sie mit anthropologischen Ansätzen, z. B. von Ricoeur, Lévinas und Derrida, mit Szenen aus einer Belletristik der Reise und bioethischen Reflexionen. Auf diesem Hintergrund wird eine „Politik der Anerkennung“ (Ch. Taylor) umgesetzt und unter den Stichwörtern (1) Konvivialität, (2) Sprache, (3) Mediation/Diversity-Management, sowie (4) Gemeinsamkeit der Interaktionen und Werte konkretisiert.

Anerkennung
Anthropologie
Diskriminierung

Summary

ILLHARDT, FRANZ JOSEF: **Anthropology of limit and health care of migrants.** ETHICA 21 (2013) 2, 123–143

Problems of medical supply and care of patients of foreign civilizations are systemized especially by nursing, psychiatry, and medical ethics by the keyword “trans-cultural medicine”. In contrast to a widespread belief they can’t be eliminated by a philosophy of acculturation, but only by the identification and resolution of conflicting opinions. From an anthropological point of view this means that the concept of assimilation misses its aim of integrating foreign people by eliminating alterity instead of respecting or even supporting it as essential to integration. A case history illustrates the clinical background. It is confronted with anthropological principles e.g. by Ricoeur, Lévinas and Derrida, with scenes of literature on travelling and bioethical reflections. On this basis a “politics of recognition” (Ch. Taylor) is implemented and substantiated with concepts as (1) conviviality, (2) language, (3) mediation/diversity management, and (4) the commonness of interactions and values.

Acceptance
anthropology
discrimination
human rights

Informed Consent
Menschenrecht
Transkulturelle Medizin

informed consent
Transcultural Medicine

L i t e r a t u r

- ASSION, H.-J.: Migration und psychische Krankheit, in: Ders. (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer, 2005, S. 133–144.
- ATKIN, K.: Making Sense of Ethnic Diversity, Difference and Disadvantage within the Context of Multicultural Societies, in: L. Culley/N. Hudson/F. van Rooij (Hrsg.): Marginalized Reproduction. Ethnicity, Infertility and Reproductive Technologies. London, Sterling: Earthscan 2009, S. 49–63.
- BAIG, S.: Diversity-Management zur Überwindung von Diskriminierung?, in: U. Hormel/A. Scherr (Hrsg.): Diskriminierung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2010, S. 345–359.
- BAKER, R.: A Theory of International Bioethics: Multiculturalism, Postmodernism, and the Bankruptcy of Fundamentalism. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8 (1998), 201–231.
- BAUDELAIRE, CH.: Bohémiens en voyage/Zigeuner unterwegs, in: Les Fleur du mal/Die Blumen des Bösen. Voll. zweisprachige Ausgabe. Aus dem Franz. übertr., hrsg. u. komment. von F. Kemp. München: dtv, 1997, S. 36/38 und 37/39.
- BENHABIB, S.: Die Rechte der Anderen. Ausländer, Migranten, Bürger. Übers. F. Jakubzik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2008.
- BIELEFELDT, H.: Das Diskriminierungsverbot als Menschenrechtsprinzip, in: U. Hormel/A. Scherr (Hrsg.): Diskriminierung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2010, S. 21–33.
- BIERI, P.: Wie entsteht kulturelle Identität?, in: Wie wollen wir leben? St. Pölten: Residenzverlag, 2011, S. 61–91.
- BOATCĂ, M.: Diskriminierung in der *longue durée*. Globale Muster und lokale Strategien, in: U. Hormel/A. Scherr (Hrsg.): Diskriminierung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2010, S. 115–133.
- BOHLKEN, E.: Das Recht auf kulturelle Differenz als Bestandteil einer interkulturellen Ethik. Überlegungen zur Vereinbarkeit von Integration und Gruppenrechten kultureller Minderheiten. In: Nationen und Gerechtigkeit. Rechtsphilosophische Hefte Bd. 12. Hrsg. P. Becci, G. Orsi, K. Seelann, S. Smid, U. Steinvorth. Frankfurt a. M. u. a.: Lang, 2007, S. 55–78.
- BORK, H.: Chinas heißer Sommer, Süddeutsche Zeitung vom 18./19.06.2011, S. 4.
- BUCK-MORSS, S.: Dialektik des Sehens: Walter Benjamin und das Passagen-Werk. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2000.
- COETZEE, J.M.: Warten auf die Barbaren. Roman. Übers. v. R. Böhnke. Frankfurt a. M.: Fischer, 2001.
- DWORKIN, R.: Was ist Gleichheit? Berlin: Suhrkamp, 2011.
- ENGELHARDT JR., H.T.: The Foundations of Bioethics. New York/Oxford: Oxford University Press 1996.
- FRIELE, M.: Die Deklaration von Helsinki und die Regelung des informed consent – Zur

- Berücksichtigung interkultureller Aspekte nach der Revision von 2008, in: H.-J. Ehni/U. Wiesing (Hrsg.): Die Deklaration von Helsinki. Revisionen und Kontroversen. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2012, S. 95–102.
- GRUBER, B.: Vom Umbau des Subjekts. Variationen des klassischen Subjektbegriffs in der Literatur der Moderne, in: D. Lauterbach/U. Spörl/U. Wunderlich (Hrsg.): Grenzsituationen. Wahrnehmung, Bedeutung und Gestaltung in der neueren Literatur. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2002, S. 25–45.
- HABERMAS, J.: „Vernünftig“ versus „wahr“ – oder die Moral der Weltbilder, in: Die Einbeziehung des Anderen. Studien zur politischen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1999, S. 95–127.
- ILLHARDT, F.J.: Interkulturalität – Werte-Unterschiede als Herausforderung, in: C. Arn/T. Weidmann-Hügler: Ethikwissen für Fachpersonen. Basel: Schwabe, 2009, S. 211–228. — The relationship between health professionals and patients. In: R. Pegoraro/G. Putoto/E. Wray (Hrsg.): Hospital Based Bioethics. A European Perspective (contributions of an EC-project). Padua: Piccin, 2007, S. 57–76.
- ILLICH, I.: Selbstbegrenzung: eine politische Kritik der Technik. Übers. v. N. T. Lindquist. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt, 1975.
- JELINEK, E.: Totenauberg. Ein Stück. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt, 1991.
- KARAMAD-VAKILI-AGHDAM, P.: Wenn sie mich nur fragten ... Die deutsche Gleichgültigkeit gegenüber dem Anderen, in: N. Aziz (Hrsg.): Fremd in einem kalten Land. Ausländer in Deutschland. Freiburg/Basel/Wien: Herder, 1992, S. 109–120.
- KLEINMAN, A.: Medicine, Anthropology of, in: Encyclopedia of Bioethics, ed. by W.T. Reich, vol. 2. New York: Macmillan, Simon & Schuster 1995, S. 1667–74.
- KLEINSCHMIDT, CHR./HEWEL, CHR.: Topographien der Grenze. Verortungen einer kulturellen, politischen und ästhetischen Kategorie. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2011.
- LIEBSCH, B.: Das leibliche Selbst und der Widerstand des Anderen. Paul Ricœur mit Blick auf Maine de Biran und Emmanuel Levinas. *Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie* 58 (2011) 2, 471–493.
- LUHMANN, N.: Gesellschaft. Soziologische Aufklärung, Bd. 2: Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005, S. 137–153.
- MACKLIN, R.: Ethical Relativism in a Multicultural Society. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8 (1998), 1–22.
- MENZEL, P. T.: The Cultural Moral Right to a Basic Minimum of Accessible Health Care. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 21 (2011) 1, 79–119.
- METZ, J. B.: „Wachen, aufwachen, die Augen öffnen ...“, in: *Mystik der offenen Augen. Wenn Spiritualität aufricht*. Freiburg/Basel/Wien: Herder, 2011, S. 47–53.
- MOEBIUS, S.: Die soziale Konstituierung des Anderen. Grundrisse einer poststrukturalistischen Sozialwissenschaft nach Lévinas und Derrida. Frankfurt/New York: Campus, 2003.
- NOOTEBOOM, C.: Schiffstagebuch. Ein Buch von fernen Reisen. Übers. H. v. Beuningen. Berlin: Suhrkamp, 2011.
- PELLEGRINO, E. D.: Intersections of Western biomedical ethics and world culture: problematic and possibility. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (1992) 3, 191–6.
- TAYLOR, CH.: Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung. Original 1992. Übers. v. R. Kaiser, mit einem Beitrag von J. Habermas. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2009.
- TSCHESCHOW, A.: Stachelbeeren, in: Die Dame mit dem Hündchen. Erzählungen 1896–1903. München: Deutscher Taschenbuchverlag, 2009, S. 237–250.

- WESTERMILIES, I.: Ärztliche Handlungsstrategien im Umgang mit ausländischen Patienten: Medizinisch-ethische Aspekte. Med. Diss. Freiburg, 2004. Münster: LIT, 2004.
- WESTMORELAND, M. W.: Interruptions: Derrida and Hospitality. *Kritike* (2008) 2, 1–10.

Prof. Dr. F. J. Illhardt, Geschäftsführer der Ethik-Kommission,
Engelberger Str. 21, D-79106 Freiburg i. Br.
franz.josef.illhardt@uniklinik-freiburg.de