

Zeitschrift: Regio Basiliensis : Basler Zeitschrift für Geographie

Herausgeber: Geographisch-Ethnologische Gesellschaft Basel ; Geographisches Institut der Universität Basel

Band: 41 (2000)

Heft: 3

Artikel: Glaube oder Wissen? Oder glauben an Wissen? : Zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit aus ethnologischer Sicht

Autor: Obrist van Eeuwijk, Brigit

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1088467>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 15.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Glaube oder Wissen? Oder glauben an Wissen?

Zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit aus ethnologischer Sicht

Brigit Obrist van Eeuwijk

Zusammenfassung

Welche Rolle spielen "Glaube" und "Wissen" im Umgang mit Gesundheit und Krankheit? Dieses Thema hat bereits Generationen von Wissenschaftlern unterschiedlicher Disziplinen beschäftigt. Während in der Ethnologie zuerst der Glaube und dann das Wissen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stand und die beiden Begriffe in der Gesundheitsforschung einander oft gegenübergestellt wurden, drängt sich heute eine andere Sichtweise auf. Wollen wir untersuchen, was die Menschen beispielsweise in einem Land wie Tansania beschäftigt, müssen wir uns damit befassen, was "glauben an Wissen" in der alltäglichen Lebenspraxis bedeutet.

Von einer statischen zu einer dynamischen Sicht

Bis die Medizinethnologie sich unter dem Einfluss vorwiegend amerikanischer Forscher wie Kleinman (1980) als eigene Fachrichtung innerhalb der Ethnologie etablierte, wurden Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit in anderen Kulturen aus religionsethnologischer Perspektive untersucht. Der Glaube in seinem religiösen Sinne war dabei die zentrale analytische Kategorie. Medizinethnologen verwendeten in der Folge ebenfalls den Begriff "Glaube" (*belief*), ohne ihn näher zu definieren. Good (1994) griff dieses Thema in seinem Aufsatz "Medical anthropo-

Adresse der Autorin: Brigit Obrist van Eeuwijk, Ethnologisches Seminar der Universität Basel, Münsterplatz 19, CH-4051 Basel

logy and the problem of belief" auf und sprach sich gegen den Gebrauch des Begriffs *belief* aus. Sein Hauptargument war, dass "Glaube" nur noch vage definiert und implizit oder explizit als "Meinung" oder "Überzeugung" dem in den biologischen Wissenschaften begründeten medizinischen Wissen gegenübergestellt werde. Good plädierte deshalb dafür, *belief* sowohl in kulturspezifischen also auch kulturübergreifenden Untersuchungen durch *knowledge* (Wissen) zu ersetzen.

Tatsächlich hat sich seit Geertz (1983) der Ausdruck "lokales Wissen" oder "einheimisches Wissen" in vielen ethnologischen Forschungen durchgesetzt. Er wurde auch in der Entwicklungszusammenarbeit aufgenommen und löste ein grosses Interesse für "lokales Wissen" aus, das wiederum vielen Ethnologinnen und Ethnologen zu Arbeitsmöglichkeiten verhalf (Brokensha, Warren & Werner 1980; Warren, Slikkerveer & Brokensha 1995; Antweiler 1998). Gerade wenn es um Phänomene wie Gesundheit und Krankheit geht, scheint mir jedoch eine wichtige Dimension verloren zu gehen, wenn man "Glaube" durch "Wissen" ersetzt. Diese Dimension rückt meiner Meinung nach in den immer komplexer werdenden Kulturen und Gesellschaften wieder in den Mittelpunkt. Die wenigsten Menschen sind heute in einer kohärenten Weltsicht verankert, die ihnen die Sicherheit von Wissen gibt. Im Gegenteil, die meisten Menschen – auch in entlegenen Gebieten unserer Welt – sind einer Vielfalt von "Wissen" ausgesetzt, die zu Unsicherheit führt.

Im Hinblick auf diese Unsicherheit gewinnt "Glaube" im Sinne von *belief* und *faith* wieder an Bedeutung, jedoch weniger als klar definierte einheimische Vorstellungen, sondern als Prozess, als "glauben an Wissen". Das Verb "glauben" hat laut Duden (1985) verschiedene Konnotationen wie "gefühlsmässig für wahr, richtig, glaubwürdig halten", "einer bestimmten Überzeugung sein", "jemandem oder einer Sache vertrauen" oder "von einem religiösen Glauben erfüllt sein". Wir verwenden den Begriff "glauben" in diesem erweiterten Sinne und argumentieren, dass es keine Selbstverständlichkeit ist, Wissen, gerade auch biomedizinisches Wissen, für glaubwürdig zu halten, von ihm überzeugt zu sein, in Ärzte und Medizin zu vertrauen. Im Gegenteil, bei uns, aber auch in einem Land wie Tansania, setzen sich die Menschen kritisch mit Wissen auseinander, beziehen es auf ihre konkrete Lebenssituation und versuchen einen Zusammenhang mit ihren eigenen Erfahrungen herzustellen. Dies soll mit einigen Beispielen aus laufenden Forschungen in Tansania veranschaulicht werden.

Fallbeispiele aus Tansania

Auf die Idee, nicht einer Untersuchung von "Glaube" oder "Wissen", sondern jener von "glauben an Wissen" den Vorzug zu geben, brachte mich die folgende Äusserung eines Mannes in der Stadt Dar es Salaam. Er erklärte voller Überzeugung, die Wahl des Therapiesystems hänge vom Glauben (*imani*) ab. Glaube man an das Wissen (*elimu*) der Ärzte, gehe man ins Krankenhaus, glaube man an religiöses Wissen (*elimu*) und die heilende Kraft Gottes, gehe man zu einem Heiler. Dies ist natürlich eine stark verkürzte Sicht, denn sie stellt medizinisches Wissen religiösem Wissen gegenüber, ohne auf unterschiedliche religiöse Traditionen einzugehen. Interessant an dieser Aussage ist jedoch, dass sie von "religiösem Wissen" spricht und es mit

medizinischem Wissen gleichsetzt, beide jedoch von Glauben absetzt. Für Europäer ist dies ein ungewohnter Gedankengang, und westlich gebildete, christliche Tansanier haben mehrheitlich unsere Einteilung in Wissen (*elimu*) und religiösen Glauben (*imani*) übernommen. Westlich gebildete, islamische Tansanier, auf der anderen Seite, sehen im Ausdruck “religiöses Wissen” meist keinen Widerspruch.

Dass man tatsächlich von “glauben an Wissen” sprechen kann, bestätigte sich in verschiedenen, zum Teil noch laufenden Forschungen, zum Beispiel in einem Nationalfondsprojekt zum Thema “Gesundheit in der Stadt”. In dieser Untersuchung stand die alltägliche Gesundheitspraxis von Frauen (Stichprobe N=100, Alter 30-40 Jahre) in einem ärmeren Stadtquartier von Dar es Salaam im Zentrum. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, um ein Thema herauszugreifen, dass alle befragten Frauen die wichtigste Botschaft der Gesundheitskampagnen zu sauberem Trinkwasser kannten: Wasser muss abgekocht werden, um Krankheitskeime abzutöten. Rund die Hälfte der Frauen setzte dieses Wissen in die Praxis um, aber einige unter ihnen glaubten nicht an das, was sie taten. Im Gegenteil, sie stellten viele Fragen: Was nützt es, im eigenen Haushalt Wasser abzukochen, wenn die Nachbarn oder Freunde, die man besucht, es nicht tun? Ist das Abkochen von Wasser eine sichere Methode, wenn es laut einer Werbung Wasserfilter gibt, die mehr Keime abtöten? Es gab aber auch andere Frauen in dieser Gruppe. Sie befolgten den Rat, den ihnen Ärzte nach einer schweren Durchfallerkrankung gegeben hatten, und erklärten, sie glaubten daran, weil sie seither nicht mehr krank geworden waren.

Es liessen sich noch viele weitere Beispiele aufzeigen, doch die wichtigsten Punkte für unsere Überlegungen sind bereits genannt worden. Die Tatsache, dass gerade Frauen, die ihr Wissen in die Praxis umsetzen, viele Fragen stellen, scheint besonders bemerkenswert. Wir interpretieren das als Suche nach Bestätigung im “Glauben an Wissen”. Für Frauen, die in einer Umgebung leben, in der das Abkochen von Wasser mit praktischen und finanziellen Schwierigkeiten verbunden ist und nicht als sozial anerkannte Regel gilt, braucht es eine innere Überzeugung und Vertrauen in nicht nachvollziehbares Wissen, oft verkörpert durch eine Person, um die “neue” Richtlinie zu befolgen. Eine eigene, positive Erfahrung kann Menschen darin stärken, an neues Wissen zu glauben, wie das Beispiel zeigt, aber auch die Bereitschaft, auf Fragen einzugehen, sie ernst zu nehmen und verständlich zu beantworten, vermittelt ein Gefühl der Sicherheit.

In einem anderen Forschungsprojekt im ländlichen Tansania, bei dem es um Malariaprävention mit Moskitonetzen ging, stellten Dorfbewohner viele Fragen über unterschiedliche Interventionen und deren Vor- und Nachteile. Sie hatten entweder durch die Medien, Freunde, Verwandte oder Bekannte von diesen Interventionen gehört oder waren selbst mit ihnen in Kontakt gekommen. Sind Moskitonetze ein wirksamer Schutz gegen Malaria, wenn man in der Abenddämmerung, bevor man zu Bett geht, von Mücken gestochen wird? Reduziert das Schlafen unter Moskitonetzen die natürliche Immunität? Wie hoch ist der Schutz, den man durch Impfungen erreicht hat? Indem sie diese Fragen stellten und auch untereinander Erfahrungen, Gerüchte und Berichte diskutierten, versuchten sie, Wissensbruchstücke zu ordnen, in einen Zusammenhang zu stellen und eigene Grundsätze zu entwickeln. Noch wichtiger schien uns jedoch wiederum ihr Bedürfnis, im Glauben an die geplante Intervention und dem ihr zu Grunde liegenden Wissen gestärkt zu werden.

Schlussfolgerungen

Diese Beispiele aus Tansania zeigen, dass es heute in städtischen und ländlichen Gebieten weniger darum geht, festgelegte Glaubensvorstellungen oder klar definiertes einheimisches Wissen über Gesundheit und Krankheit zu erforschen. Wichtiger scheint es, die Prozesse zu untersuchen, wie Menschen allein und im sozialen Miteinander mit unterschiedlichem und zum Teil widersprüchlichem Wissen umgehen. Unterschiede und Widersprüche gibt es selbstverständlich nicht nur im Wissen, das auf den biologischen Disziplinen basiert. Wie neue Untersuchungen betonen, vermitteln auch religiöse Traditionen kein homogenes, stabiles Wissen (*Lambek 1993; Whyte 1997*). Ethnologinnen und Ethnologen richten deshalb ihr Augenmerk vermehrt auf soziale Prozesse, in denen Menschen Wissen deuten, aushandeln und zu ihrer konkreten Situation und ihren eigenen Erfahrungen in Bezug setzen.

Aufgrund ihrer Forschungen bei den Bunyole in Uganda spricht *Whyte* (1997) in diesem Zusammenhang von der Pragmatik der Unsicherheit (*pragmatics of uncertainty*) als weitverbreitete Haltung. Am Ende ihres Buches bringt sie jedoch auf den Punkt, was sie am meisten beeindruckt hat, nämlich der Glaube der Menschen an die Möglichkeit einer Verbesserung. Dieses menschliche Bedürfnis, an etwas zu glauben, auch wenn sich das, woran man glaubt, in einer als unsicher erlebten Welt immer wieder verändert mag, weist über eine pragmatische Haltung hinaus. Deshalb stellen wir “glauben an Wissen” in den Mittelpunkt.

Die systematische Erforschung dieser Dimension kann nicht nur einen theoretischen Beitrag zur Ethnologie leisten, sie ist auch von Bedeutung für die medizinische Entwicklungszusammenarbeit. Gemeinsam mit dem Schweizerischen Tropeninstitut in Basel und tansanischen Partnern bemühen wir uns darum, diese Überlegungen in praktische Massnahmen umzusetzen. Im Vordergrund steht die Idee, Fragen der Bevölkerung nicht als Kritik oder Infragestellung der Projekte, sondern als Chance zur Verbesserung von deren Glaubwürdigkeit zu verstehen. Das bedeutet in der Praxis, Fragen systematisch zu sammeln und zu untersuchen, um dann eindeutige, klare und aus medizinischer Sicht wahre Antworten darauf zu formulieren, und diese wiederum in mündlicher und schriftlicher Form an die Bevölkerung zurückzugeben. Auf diese Weise sollen Dorf- und Stadtbewohner gezielt in ihrem Glauben an medizinisches Wissen gestärkt werden.

Literatur

- Antweiler Christoph 1998. Local knowledge and local knowing. An anthropological analysis of contested “cultural products” in the context of development. *Anthropos* 93, 4-6: 469-494.
- Brokensha David, Warren D. Michael & Oswald Werner (ed.) 1980. *Indigenous knowledge systems and development*. Lanham: University Press of America, 1-460.
- Der Duden. 1985. *Das Bedeutungswörterbuch* (Bd. 10). Mannheim, Wien, Zürich, 1-815.
- Geertz C. 1983. *Local knowledge. Further essays in interpretive anthropology*. New York, 1-243.
- Good B. J. 1994. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge, 1-242.
- Kleinman A. 1980. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London, 1-427.
- Lambek M. 1993. *Knowledge and practice in Mayotte. Local discourses of Islam, sorcery, and spirit possession*. Toronto, 1-468.
- Warren D. Michael, Slikkerveer L. J. & Brokensha D. 1995. *The cultural dimension of development. Indigenous knowledge systems*. London, 1-582.
- Whyte Susan Reynolds 1997. *Questioning misfortune. The pragmatics of uncertainty in eastern Uganda*. Cambridge, 1-258.

