https://gen-ethisches-netzwerk.de/node/1574

Gen-ethischer Informationsdienst

Schwarzkrank?

Auszüge aus einer Erfahrungsanalyse

AutorIn
Christane Hutson

Wie greifen Vorstellungen von Krankheit und Rassimus ineinander? Was geschieht, wenn die Medizin eine Krankheit eng in den Zusammenhang mit „ethnischen Markern“ stellt? Welche Analyse ist aus der Perspektive derjenigen, die so angesprochen und im doppelten Sinne behandelt werden, zentral? Wir dokumentieren Auszüge aus einer sehr viel umfangreicheren Analyse.

Unser Erfahren und Erleben von Krankheit findet nicht in einem rassismusfreien Raum statt. „Woher kommt denn ihr Name?“ „Ist der amerikanisch?“ „Sind Sie deutsch?“ Diese Infragestellungen unserer Selbst/Verständlichkeit in Deutschland haben im medizinischen Kontext eine spezifische Bedeutung, die die verbale Ausweisung aus Deutschland aufgrund unseres Gesehen-Werdens durch den Weißen 1 deutschen Blick überschreitet. (...) Wenn uns Ärzt/-innen, Heilpraktiker/-innen, Hebammen und andere diese Fragen stellen, dann ist davon auszugehen, dass Vorstellungen über unseren Gesundheitszustand zum rassifizierenden Blick grundlegend dazugehören. Unsere Körper werden nie einfach ‚nur’ gesehen. Sie werden und sind gleichzeitig vergeschlechtlicht und rassifiziert - und zwar auch dann, wenn wir krank sind. (...)

Rassizifierung von Krankheit

Bezogen auf den medizinischen Kontext geht es mir speziell darum, danach zu fragen, inwieweit rassifizierende Krankheitskonstruktionen als konsequente Aufrechterhaltung kolonialer Machtfelder zu verstehen sind. Dies ist nicht nur wichtig, um marginalisierten verschwiegenen Erfahrungen und dem dazugehörigen Wissen einen eigenständigen Raum zu geben, in dem sie im Wortsinn ver/laut/bar werden, sondern stellt insofern ein politisches Projekt dar, als der Schweigen verursachende Schmerz der Entsubjektivierung überwunden und Letztere als gewaltvolle, aber nicht allmächtige Konstruktion markiert werden kann. (...) Mit ungefähr vierzehn Jahren wurde bei mir eine - wie man mir sagte - „seltene, aber nicht bösartige“ Krankheit diagnostiziert und festgestellt, dass mein Vater (der ebenfalls Schwarz ist) wohl auch dieselbe Krankheit hätte. (Mein Vater war bis dahin schon längere Zeit krank, ohne dass genau klar war, was ihm überhaupt fehlte). Wie wir von dieser Krankheit geheilt werden könnten, wusste niemand. Man teilte uns lediglich mit, dass eigentlich kaum etwas darüber bekannt sei, dass die Krankheit aber „eher bei Menschen aus der Karibik“ aufträte. Ich erinnere mich noch, dass ich einer Weißen Freundin davon erzählte und diese später, wenn sie mit mir darüber reden wollte, immer von „der Negroiden-Krankheit“ sprach (mit verbalisierten Anführungszeichen). Damals fand ich das etwas befremdend und verletzend. Aus heutiger

Sicht markiert diese N-Wort-Kreation meines Erachtens allerdings genau das, was mit der Umschreibung „Menschen aus der Karibik“ zwar verschwiegen, aber dennoch vollzogen worden war: die Rassifizierung von Krankheit. Sicherlich kann es sein, dass bei „Menschen aus der Karibik“, sprich Schwarzen Menschen, diese Krankheit „eher“ in Erscheinung tritt. Mein Ansatz ist es jedoch, weniger zu analysieren, warum wir für bestimmte Krankheiten anfälliger erscheinen, als vielmehr danach zu fragen, auf welcher Folie dieses ‚Wir’ in Bezug auf bestimmte Krankheiten überhaupt erst entsteht. Warum war es den Ärzt/-innen so wichtig, mich und meinen Vater darauf hinzuweisen, dass die Krankheit „eher bei Menschen aus der Karibik“ in Erscheinung tritt? Welche Informationen liefert dieser Hinweis? In welchen Zusammenhängen stiftet er Sinn? Im Kontext von Heilung - die bereits ausgeschlossen worden war - macht der Hinweis jedenfalls keinen Sinn. Anders ist es im Kontext rassistischer Machtdifferenz. Anknüpfend an Maureen Maisha Eggers Konzeption der vier konstitutiven Ebenen rassistischer Machtdifferenz verortet sich oben genannte Aussage „kommt eher bei Menschen aus der Karibik vor“ zunächst als rassifizierte Markierungspraxis:
„Subalterne Kategorien, Personen und Gruppen werden mit Eigenschaften belegt. Es wird ein ‚Wissen’ über ihr Wesen erzeugt. In diesem Wissen besteht die Hauptaussage in der Artikulation ihrer ‚Differenz’ in Relation zur hegemonialen *weißen* Gruppe. In einer dichotomischen Anordnung werden ihnen Eigenschaften zugeschrieben, die in Opposition zu den (vermeintlichen) Eigenschaften der *weißen* Gruppe stehen.“[2]
In diesem Sinne werden mein Vater und ich als „Menschen aus der Karibik“ gesehen und mit der Eigenschaft belegt, „diese seltene Krankheit kommt bei ihnen eher vor“. Gleichzeitig aber ist diese Aussage auch als rassifizierende Naturalisierungspraxis zu verstehen, da spezifische Krankheitssymptome direkt an unser Schwarzsein gekoppelt werden. Bedeutungsvoll erscheint mir hieran, dass eine Konstruktion als Beweis der ‚Naturhaftigkeit? für eine andere Konstruktion eingesetzt werden kann. Die Ärzt/-innen nehmen vor diesem Hintergrund die Position von „mit Autorität ausgestattete[n] hegemoniale[n] SprecherInnen ein, die ‚rassistisches Wissen’ (über rassistisch markierte ‚Andere’) als Allgemeinwissen [verbreiten] und somit institutionell abgesicherte Wissenskomplexe [erzeugen].“[3] Bezogen auf das Beispiel verbreiten die Ärzt/-innen also das rassistische Wissen, dass es bei Schwarzen Menschen eher zu dieser Krankheit kommt. Dabei basiert dieses ‚Wissen’ auf der zuvor unternommenen rassistischen Markierung durch den Weißen Blick, der meinen Vater und mich als ‚Andere’/Schwarze Menschen sieht. (...) Die Tatsache, dass unsere Krankheit nicht kuriert werden kann, erhält durch den Kontext der bis hierher erfolgten Rassifizierungspraxen Weißer Ärzt/-innen den schalen Beigeschmack von „rassifizierter Ausgrenzung“ [3]: Uns kann von Weißen deutschen Ärzt/-innen nicht geholfen werden - weniger, weil wir eine seltene Krankheit haben, sondern vielmehr, weil diese Krankheit von einem Weiß imaginierten Deutschland verbal in die Karibik ausgewiesen wird.(...)

Politik der genetischen Zusammenhänge

Bezogen auf den gentechnologischen Kontext verdeutlicht Deborah R. Grayson diesen Prozess anhand rassifizierender Erklärungsmuster bei Brustkrebs. Sie stellt grundlegend fest, dass „beispielsweise die als anders markierten Körper Schwarzer Frauen inzwischen nicht mehr nur anhand von Körperfarbe (*body color*) oder -gestalt (*contour*) - also Merkmalen ihres Körperäußeren -, identifiziert werden, sondern auch anhand des inneren Funktionierens ihrer Körper - ihrer ‚mangelhaften? Gene.“[4] Auf diese Weise werden rassifizierende Erklärungsmuster für *komplexe* Krankheiten, wie beispielsweise Krebs, durch solche für *monogene* Krankheiten, die sich auf ein einziges defektes Gen zurückführen (wie etwa die Bluterkrankheit oder die Sichelzellanämie), maßgeblich gestützt. Genetische Hinweise auf die Entwicklung von Brustkrebs lassen sich nun ‚rassisch’ interpretieren:
„Wenn Wissenschaftler/-innen geltend machen, dass die Entwicklung von Brustkrebs bei Schwarzen Frauen auf einen möglichen genetischen Zusammenhang verweist, wird oftmals ‚Rasse’ (*race*) als entscheidender Faktor dafür angeführt. Wenn Wissenschaftler/-innen geltend machen, dass die Entwicklung von Brustkrebs bei Weißen, insbesondere jüngeren Frauen auf einen möglichen genetischen Zusammenhang verweist, wird dieser eher familial und weniger ‚rassisch’ (*racial)* präsentiert.“[5]
(...) Ich halte es für notwendig, dass wir uns als Schwarze kranke Menschen soviel Macht nehmen, wie notwendig ist, um uns (wieder) als kompetent in Bezug auf unsere Körper zu erfahren. Die Versuche, ein-schneidenden Einschreibungen *unsere* Grenzen zu setzen, verorte ich dabei als eine Quelle von überlebenswichtiger Macht. (...) Wie aber können diese Grenzziehungen aussehen? Auf ganz konkreter und

individueller Ebene kann es wichtig sein, die Rassifizierung von Krankheit als solche anzuerkennen. (...) Auf der Grundlage dieser Erfahrungen wünsche ich mir, dass *wir* (wieder) damit anfangen, über unsere kranken Schwarzen Körper zu reden. Ich bin mir sicher, dass wir das schon viele Male getan haben und dabei immer wieder von Weißen Diskursen unterbrochen worden sind. Jetzt ist es wieder an der Zeit, dass wir diese Weißen Selbstgespräche über unsere Körper lautstark unterbrechen.
Dieser Text ist ein Auszug aus dem wesentlich längeren Text: „Schwarzkrank? Post/koloniale Rassifizierungen von Krankheit in Deutschland in: Kien Ngi Ha/Nicola Lauré al-Samarai/Sheila Mysorekar (Hg.): re/visionen. Postkoloniale Perspektiven von People of Color auf Rassismus, Kulturpolitik und Widerstand in Deutschland, unrast-Verlag, Münster, 2007 Ein weiterer Text der Autorin: „Unverschämt bleiben. Ein Einspruch gegen post/koloniale Setzungen von („genetischer") Krankheit aus Schwarzer kranker Perspektive in: AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften (Hg.): Gemachte Differenz. Kontinuitäten biologischer „Rasse"-Konzepte, unrast-Verlag, Münster, 2009
Literatur: Eggers, Maureen Maisha (2005): „Rassifizierte Machtdifferenz als Deutungsperspektive in der Kritischen Weißseinsforschung in Deutschland." In: Dies., Grada Kilomba, Peggy Piesche & Susan Arndt (Hg.): Mythen, Masken und Subjekte. Kritische Weißseinsforschung in Deutschland. Münster: Unrast, S. 56-72. Grayson, Deborah R. (1996/97): „The Racial Model of Genetic Illness Identity: Breast Cancer Research and Black Women." In: Michigan Feminist Studies no. 11: S. 1-24.

- 1Die Großschreibung von Schwarz und Weiß verweist darauf, dass beide Kategorien politisch konstruiert sind, und ist eine Strategie, um strukturelle Herrschaftsverhältnisse sichtbar zu machen.
- 2Eggers 2005: 57.
- 3a3bEbenda.
- 4Grayson 1996/97: 2.
- 5Ebenda: 17.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 197 vom Dezember 2009
Seite 16 - 17