



# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**„Aspekte des Medizinpluralismus“**

über die Geschichte der Untersuchung von Medizinen  
im Laufe des 20. Jhdts., mit der Betrachtung der  
gegenwärtigen medizinischen Gegebenheiten in  
Mexiko als regionales Beispiel

Verfasserin

**Daniela Agnes Fuchs**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag. phil.)**

Wien, Oktober 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Dagmar Eigner

<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1. Das Forschungsdesign</b> .....	<b>6</b>
1.1.1. Das Ziel meiner Forschung.....	6
1.1.2. Die Rahmenbedingungen der Feldforschung .....	7
1.1.3. Der Ablauf meiner Forschung .....	9
1.1.4. Meine Position im Forschungsfeld.....	9
<b>1.2. Der Aufbau dieser Arbeit</b> .....	<b>11</b>
<b>2. METHODE</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1. Methoden der Datenerhebung</b> .....	<b>13</b>
2.1.1. Die teilnehmende Beobachtung.....	13
2.1.2. Das Leitfaden-Interview .....	14
2.1.3. Das ero-epische Gespräch .....	15
2.1.4. Literaturrecherche.....	16
<b>2.2. Die Aufbereitung der Daten</b> .....	<b>16</b>
<b>2.3. Die Auswertung der Daten</b> .....	<b>16</b>
<b>3. MEDIZINPLURALISMUS</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1. Definitionen</b> .....	<b>18</b>
3.1.1. Der Begriff „Medizin“.....	18
3.1.2. Der Begriff „Biomedizin“ .....	18
3.1.3. Der Begriff „traditionelle Medizin“.....	19
3.1.4. Der Begriff „Alternativmedizin“ .....	20
3.1.5. Der Begriff „Komplementärmedizin“ .....	21
3.1.6. Der Begriff „Medizinsystem“.....	21
3.1.7. Der Begriff „health care system“ bzw. „Gesundheitssystem“.....	23
3.1.8. Der Begriff „medizinische Kultur“.....	24
3.1.9. Der Begriff „medizinischer Synkretismus“ .....	25
3.1.10. Der Begriff „Medizinpluralismus“ .....	25
<b>3.2. Die Untersuchung von medizinischen Kulturen im Laufe des 20. Jhdts.</b> .....	<b>27</b>
3.2.1. 1940er und 50er.....	28
3.2.2. 1960er und 1970er .....	31
3.2.3. 1980er.....	41
3.2.4. 1990er bis jetzt .....	44
3.2.4.1. Kultur-konstruktivistische/ Interpretative/ „meaning-centered“ Theorien.....	45
3.2.4.2. Politisch-ökonomische oder kritische Theorien.....	46
3.2.4.3. Ökologische oder Ökologisch-evolutionistische und biokulturelle Theorien .....	47
3.2.4.4. Applied Medical Anthropology .....	48
<b>3.3. Das Phänomen Medizinpluralismus</b> .....	<b>49</b>
3.3.1. Die Entstehung des Phänomens „Medizinpluralismus“ .....	49
3.3.2. Der Prozess der Entscheidungsfindung über die zu verwendende Medizin .....	52
3.3.3. Die Beziehungen der Akteure innerhalb einer medizinischen Kultur .....	56
Die Beziehung zwischen den medizinischen Anbietern .....	57
Die Beziehungen zwischen Patienten und ihren medizinischen Spezialisten .....	58
Die Beziehung zwischen medizinischem Anbieter bzw. Patient und Staat .....	59
3.3.4. Gemeinsamkeiten der verschiedenen Medizinen .....	64
3.3.5. Die Betrachtung von „Medizinpluralismus“ aus verschiedenen Perspektiven .....	67

3.3.5.1. Charles Leslie und Allan Young: Indien .....	67
3.3.5.2. Donald Joralemon: Peru.....	68
3.3.5.3. Gil-Soo Han: Australien .....	69
3.3.5.4. Cant und Sharma: Großbritannien, Australien, Westeuropa.....	71

## **4. DIE DARSTELLUNG DES „MEDIZINPLURALISMUS“ ANHAND DER REGION MEXIKOS..... 73**

<b>4.1. Die Geschichte der Medizin in Mexiko.....</b>	<b>74</b>
4.1.1. Die Zeit vor der Eroberung.....	76
4.1.2. Die koloniale Periode (1520 - 1810) .....	78
4.1.3. Die Unabhängigkeit (1810) .....	79
<b>4.2. Der medizinische Kontext im heutigen Mexiko .....</b>	<b>81</b>
4.2.1. Krankheitsvorstellungen im mexikanischen Kontext .....	81
4.2.2. Ökonomische Aspekte.....	83
4.2.3. Politik .....	84
4.2.4. Religion .....	85
4.2.5. Familienstruktur .....	86
<b>4.3. Die Medizinen im heutigen Mexiko .....</b>	<b>86</b>
4.3.1. Die Biomedizin.....	87
4.3.1.1. Die Vorstellung der Biomedizin über Krankheitsursachen.....	88
4.3.1.2. Die Biomedizin im öffentlichen Sektor .....	90
4.3.1.3. Die Biomedizin im privaten Sektor .....	94
Apotheken.....	94
NGOs .....	97
4.3.2. Die Homöopathie .....	100
4.3.3. Die traditionellen Medizinen Mexikos .....	102
4.3.3.1. Die Geschichte der traditionellen Medizinen.....	103
4.3.3.2. Krankheitsvorstellungen der traditionellen Medizinen .....	103
4.3.3.3. Die Behandlung von Krankheiten.....	104
4.3.3.4. Die Wissensvermittlung.....	105
4.3.3.5. Heilerpersönlichkeiten .....	105
4.3.4. Spirituelle Heiler .....	109
4.3.5. Medicina Popular.....	112
4.3.6. Andere medizinische Ressourcen .....	113
4.3.7. Märkte .....	114
4.3.8. Die Beziehungen der Akteure zueinander .....	115
4.3.8.1 Die Beziehungen der medizinischen Anbieter zueinander .....	116
4.3.8.2. Die Beziehungen zwischen medizinischen Anbietern und Patienten .....	116
<b>4.4. Die Betrachtung von „Medizinpluralismus in Mexiko“ aus verschiedenen Perspektiven .....</b>	<b>118</b>
<b>4.4. Die Informanten während meiner Feldforschung.....</b>	<b>125</b>
4.4.1. Mexiko City.....	126
4.4.2. Tlacotepec de Mejia .....	137

## **5. ZUSAMMENFÜHRUNG..... 151**

## **6. LITERATURVERZEICHNIS .....** **172**

## **Danksagung**

Mit dieser Diplomarbeit und der Beendigung des Studiums geht ein wichtiger, erfahrungsreicher Abschnitt meines Lebens zu Ende. Auf diesem Weg haben mich viele Freunde und Freundinnen begleitet, weiters durfte ich zwei Herzensfreundinnen während des Studiums in meine Familie aufnehmen. Ich bedanke mich vor allem bei meinen Herzensfreunden, die mich zum einen in der Zeit der Diplomarbeitentstehung emotional sehr unterstützt haben und mir zum anderen auch eine Zeit der Abwesenheit und Ruhe zugestanden haben, um diese Arbeit erstellen zu können. Und vor allem bedanke ich mich bei meinem Herz, der mich in der Situation der Diplomarbeitserstellung zu oft zickig erlebt hat und dem ich in dieser Phase viel zu wenig Zeit widmen konnte. Ihr seid für immer in meinem Herzen, ihr seid meine Familie!

Ebenfalls bedanke ich mich sehr herzlich bei Frau Univ. Prof. Dr. Dagmar Eigner, meiner Diplomarbeitbetreuerin, die mir in der Phase der Diplomarbeitserstellung mit zahlreichen Ratschlägen zur Seite gestanden hat.

Ich danke auch der Universität Wien und dem Büro für internationale Beziehungen, welche mir durch die Gewährung eines Stipendiums für kurzfristige wissenschaftliche Auslandsaufenthalte die Feldforschung in Mexiko ermöglicht haben.

Weiterer großer Dank gebührt meinen Kontaktpersonen in Mexiko, dabei möchte ich im Besonderen Angie, Abel, Luis, Don Primo, Edwin und seine Familie, Fidel und Andres ansprechen und natürlich auch alle anderen Personen, die mich bei meiner Forschung unterstützt haben. Es war eine schöne, aber auch schwierige Zeit, die viel zu meiner Persönlichkeitsentwicklung beigetragen hat.

Zuletzt bedanke ich mich noch bei meinen Eltern für ihre Unterstützung und den lieben FreundInnen, die mir bei der Reflexion sehr behilflich waren. Meinen größten Dank gilt allerdings Andrea die hervorragende Arbeit geleistet hat und es sich wirklich angetan hat diese lange Arbeit Korrektur zu lesen.

## 1. Einleitung

Im Laufe meiner Studienjahre habe ich mich vorwiegend mit Themen der Ethnomedizin<sup>1</sup> und der Medical Anthropology<sup>2</sup> auseinandergesetzt. Neben dieser Tatsache führte mich mein privates Interesse an den möglichen Alternativen zur Biomedizin dazu, meine Diplomarbeit medizinanthropologisch auszurichten. Die Situation mehrere Arten von Medizinen für die Behandlung und Prävention von Missbefinden zur Verfügung zu haben, lotste mich wiederum zu dem Themenbereich „Medizinpluralismus“ und zur Untersuchung diverser Aspekte, die mit dieser Thematik in Zusammenhang stehen. Neben den in der Literatur häufig angesprochenen Beispielen Chinas und Indiens findet auch der Medizinpluralismus in Mexiko häufig seine Erwähnung, weshalb ich mich im empirischen Teil dieser Arbeit auf diese Region beziehe. Auf der anderen Seite war es insbesondere meine Mitarbeit bei einem österreichischen Verein namens „Helfen Wir!“, der in Kooperation mit einer mexikanischen Hilfsorganisation namens D.A.M.E. versucht diverse Hilfsprojekte in Mexiko umzusetzen, der mein Interesse für diese Region weckte und mir auch einen Forschungsaufenthalt in diesem Land ermöglichte. Zusammengefasst liegt das Ziel dieser Arbeit einerseits darin, einen Streifzug durch die Geschichte der Untersuchung von Gesundheitssystemen in Bezug auf das Thema Medizinpluralismus zu schaffen und andererseits dessen Darstellung anhand der Region Mexikos. Bevor ich nun dazu übergehe meine methodische Herangehensweise darzulegen, sollen einige

---

<sup>1</sup> Die Ethnomedizin „betrachtet Fragen von Gesundheit und Krankheit unter dem Aspekt des Blicks auf das Fremde, stellt einen Kulturvergleich an und entwickelt so eine kritische Herangehensweise an die eigene Medizin“ (Lux 2004: 197ff), ist sehr ethnographisch ausgerichtet und hat weniger Interesse an Theorien.

<sup>2</sup> Die „Medical Anthropology“ beschäftigt sich mit Phänomenen wie Leiden, Krankheit, Gesundheit, Heilen usw. und betrachtet diese in ihren soziokulturellen Dimensionen und Kontexten in verschiedenen Gesellschaften. Die Gemeinsamkeit von Medical Anthropology und Ethnomedizin, liegt darin, dass jegliche medizinische Denk- und Handlungsweisen kulturelle und soziale Dimensionen haben. Die Medical Anthropology beachtet sowohl mikro- wie auch makrosoziale Perspektiven und versteht sich als eine interpretative Wissenschaftsdisziplin, welche eine kulturvergleichende Position einnimmt. Die Betonung in der Medical Anthropology liegt auf dem Kranksein (die individuelle, sozial konstruierte Erfahrung) und auf soziale, kulturelle, politische, ökonomische, u.a. Dimensionen (Handout von Bernhard Hadolt, VO Einführung in die Ethnomedizin/ Modul MAKOTRA WS 04/05 14.10.2004).

grundlegende Elemente, wie Zielsetzung, Ablauf und Aufbau dieser Arbeit sowie die Rahmenbedingungen meiner Forschung angeführt werden.

### **1.1. Das Forschungsdesign**

Da eine Forschung nachvollziehbar sein soll, besteht zunächst die Notwendigkeit die Rahmenbedingungen der Forschung darzulegen, weshalb ich mich in den nächsten Zeilen der Darstellung des Forschungsdesigns meines Diplomarbeitprojektes widme. Das Forschungsdesign enthält im Allgemeinen das Untersuchungsziel und den Ablauf, wie auch die Rahmenbedingungen innerhalb derer die Interaktion zwischen Forscher und Beforschten stattfindet (vgl. Mayring 2002: 40).

#### 1.1.1. Das Ziel meiner Forschung

Die Grundlage meines Interesses bestand zunächst darin, einen Beitrag zum Thema „Medizinpluralismus“ zu liefern, indem ich mich dazu entschied herauszufinden, was die Beiträge der unterschiedlichen Medizinen zur Gesundheitserhaltung der Bevölkerung in Mexiko sind. Besonderes Augenmerk lege ich im empirischen Teil dieser Arbeit zuerst darauf zu beschreiben, wie sich die medizinischen Versorgungsmöglichkeiten im gegenwärtigen Mexiko gestalten, dann versuche ich herauszufinden, wie die verschiedenen Akteure miteinander in Beziehung stehen, und weiters wie die Menschen mit der Erscheinung des Medizinpluralismus umgehen. Da der Medizinpluralismus eine dynamische Erscheinung ist und sich überall anders gestaltet, habe ich über die unterschiedlichen Möglichkeiten und Ressourcen zur medizinischen Versorgung im urbanen und im ruralen Gebiet, einerseits in Mexiko City und andererseits in dem Ort Tlacotepec de Mejía<sup>3</sup> im Bundesstaat Veracruz, geforscht.

Mein eigentliches Interesse, herauszufinden was die verschiedenen medizinischen Beiträge zur Gesundheitserhaltung der Bevölkerung in Mexiko sind, führte mich zunächst zur Suche nach einer entsprechenden Theorie, um dieses Thema adäquat behandeln zu können. Wie sich im Laufe meiner Recherchen vordergründig

---

<sup>3</sup> Im Laufe der Diplomarbeit spreche ich häufig nur von „Tlacotepec“, so wie es die Einwohner tun. Damit ist Talcotepec de Mejía im Bundesstaat Veracruz/ Mexiko gemeint.

herausstellte, gibt es zahlreiche Theorien, Modelle, Konzepte und Aspekte, welche im Laufe der Geschichte entwickelt wurden und für die Untersuchung von Gesundheitssystemen und des Phänomens Medizinpluralismus auch heute von Bedeutung und in Verwendung sind. Aus diesem Grund erschien es mir von großer Notwendigkeit die wichtigsten dieser entstanden Konzepte zu beleuchten. Dazu habe ich den zeitlichen Rahmen des 20. Jhdts. bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt gewählt.

### 1.1.2. Die Rahmenbedingungen der Feldforschung

In Mexiko City war ich in den Räumlichkeiten der Hilfsorganisation D.A.M.E.<sup>4</sup>, ein Partnerverein des österreichischen Vereines „Helfen Wir!“, untergebracht und wurde auch in dessen Aktivitäten integriert. Die Tätigkeiten des mexikanischen Wohltätigkeitsvereines, welcher keine staatliche Unterstützung bekommt, bestanden u.a. darin Spendengelder und Güter aufzutreiben, um Menschen, die an Diabetes leiden mit pharmazeutischen Arzneien und Gesundheitsvorträgen versorgen zu können, Schulen mit Materialien auszustatten sowie einem Dorf zu helfen, seine Kaffeeproduktion zu vertreiben. Durch meine Mitarbeit bei dem Verein D.A.M.E. entstanden zahlreiche Kontakte, die Informationen zum Thema Medizin lieferten, weiters wurde mir von dem Verein auch Unterstützung - z.B. bei der Übersetzung der Interviewtonbänder und der Reflektion meiner Erkenntnisse - angeboten. Während der Umsetzung verschiedener Projekte zu Beginn meines Aufenthaltes in Tlacotepec de Mejía, einer Gemeinde im Bundesstaat Veracruz, wurde ich eingeladen auch in diesem Ort meine Feldforschung absolvieren zu können. Nachdem ich einige grundlegende Vereinbarungen bezüglich meiner Unterkunft in diesem Ort getroffen hatte, nutzte ich diesen ersten Kurzaufenthalt in Tlacotepec de Mejía zur ersten Exploration als Vorstufe zur folgenden Untersuchung. Diese Explorationsphase war wichtig, um mich auf die Gegebenheiten einstellen, entsprechende Forschungsfragen ausarbeiten und sonstige Vorkehrungen treffen zu können (vgl. Beer 2003: 45).

---

<sup>4</sup> Die Abkürzung D.A.M.E. steht für „Donativos de Amor y Mutua Esperanza“

Eine große Herausforderung war die sprachliche Barriere. Da ich zu Beginn meines Auslandsaufenthaltes keine ausgeprägten, fachspezifischen Spanischkenntnisse hatte, war die Kommunikation eine große Herausforderung. Wenn es die Situation ermöglichte, habe ich die Gespräche und Interviews in englischer Sprache geführt, war das nicht der Fall, haben die Interviews in spanischer Sprache stattgefunden. Bei Übersetzungsschwierigkeiten konnte ich die Tonbandaufnahmen gemeinsam mit Englisch und Spanisch sprechenden Vertrauenspersonen übersetzen und reflektieren.

Wie im Laufe dieser Arbeit noch ersichtlich sein wird, bestand eine weitere große Herausforderung für die Erkenntnisgewinnung in bestimmten lokalen Umständen, welche eine umfassende Datenerhebung sehr erschwerten. Zum einen war es ein sehr konservativer Zugang der Vereine zu dem Thema „Alternativmedizin“, was mit sich brachte, dass meine Kontakte zu alternativen Heilern erschwert wurden. Auf der anderen Seite war es schwierig, das Vertrauen der Informanten zu gewinnen. Da manche Personen vermutlich von der Annahme ausgingen, aufgrund der Verwendung von alternativen Medizin zu Biomedizin, von mir als rückständig betrachtet zu werden, waren einige sehr vorsichtig damit, zu welchen Informationen ich Zugang bekommen sollte. Auch Buxbaum begegnete bei ihrer Forschung über die Verwendung der Klapperschlange in der traditionellen Medizin Mexikos ähnlichen Schwierigkeiten, so blieb auch mir nichts anderes über, als folglich den gleichen Weg wie sie zu beschreiten: „Deshalb sind die hier präsentierten Resultate leider nur präliminärer Art, da auf Grund der geringen Auskunftsbereitschaft der Bevölkerung nur eine geringe Menge an Daten überhaupt vorliegt und diese auch nicht immer vollständig sind. Daher war es notwendig, soweit als möglich auf existierende Literatur zurückzugreifen, diese kritisch zu sichten und als Grundlage zu verwenden. Somit beruht die vorliegende Arbeit hauptsächlich auf Literaturrecherche ergänzt durch Datenerhebung im Feld“ (Buxbaum 2005: 2f). Auch in meiner Arbeit beziehe ich mich hauptsächlich auf Daten, welche ich während der Literaturrecherche sammeln konnte, die durch Ergebnisse meiner Feldforschung ergänzt werden. Auf meine Position im Feld werde ich in weiterer Folge eingehen, wobei genauere



Ausführungen dazu und zu den Erkenntnissen aus meinem Forschungsaufenthalt im zweiten Teil dieser Arbeit zu finden sind.

### 1.1.3. Der Ablauf meiner Forschung

Meine Forschung bestand aus zwei Teilen. Einerseits aus einem dreimonatigen Forschungsaufenthalt in Mexiko, um einen Eindruck von den medizinischen Gegebenheiten zu bekommen und zum anderen in der Aufarbeitung der Literatur zu der Thematik „Medizinpluralismus“. Schon einige Monate vor dem Antritt meines Auslandsaufenthaltes in Mexiko setzte ich mich neben den notwendigen bürokratischen Erfordernissen für die Umsetzung der Feldforschung mit der Thematik des Medizinpluralismus in Mexiko auseinander. In Mexiko angekommen, bestanden meine ersten Schritte darin, mich an die Umgebung zu gewöhnen, intensiv meine Spanischkenntnisse zu vertiefen und mich gezielter mit Literatur zu Methoden der Feldforschung zu beschäftigen. Die nächste Phase bestand bereits darin, diverse Gespräche zum Thema „Kranksein“ zu führen und Kontakte aufzubauen, um Informationen sammeln zu können. Da es mir wichtig war nicht nur über urbane Gegebenheiten zu forschen, schaffte ich mir die Möglichkeit, auch in einem Ort in der ländlichen Gegend meine Erkundigungen anzustellen. Der nächste Schritt beinhaltete die direkte Auseinandersetzung mit verschiedenen Interviewpersonen, wobei ich die geplanten Interviews zuvor an vertrauten Personen getestet und gegebenenfalls verändert hatte. Nachdem ich einige Zeit in Mexiko City verbracht hatte, reiste ich für einige Wochen nach Tlacotepec de Mejía, um dort die medizinischen Gegebenheiten zu erkunden. Bereits in Tlacotepec de Mejía, wie auch zurück in Mexiko City, transkribierte ich die Interviews und verbrachte die restliche Zeit damit, noch diverse Literatur zu sammeln, letzte Interviews zu führen und Ungereimtheiten aus der Welt zu schaffen. Zurück in Wien ging es an die Erstellung der Diplomarbeit, was den größten zeitlichen Rahmen dieser Forschung in Anspruch nahm.

### 1.1.4. Meine Position im Forschungsfeld

Bekanntlich soll auch der Person des Forschers im Feld Beachtung geschenkt werden, da er allein mit seiner Anwesenheit die sozialen Gegebenheiten

beeinflusst (vgl. Girtler 2001: 63). „Es lässt sich sicherlich nicht verhindern, daß der Forscher zunächst als Fremder und dann als „Freund“ des Missionars, (...) oder eines angesehenen und mächtigen Einwohners gesehen wird“ (Girtler 2001: 83). Wie wir sehen, nimmt der Forscher während seines Feldaufenthaltes eine bestimmte Rolle und Position ein bzw. bekommt diese von seinem Umfeld zugewiesen. Dieses wiederum wirkt sich auf die Möglichkeiten aus, zu welchen Aspekten und Informationen Zugang gewährt und verwehrt wird (vgl. Flick 2005: 87, Flick 1991: 154). Diese Aspekte kamen auch während meiner Feldforschung zu tragen. Viele Menschen haben mich durch meine unterstützenden Tätigkeiten bei den Vereinen, welche auch biomedizinische Projekte umsetzen, zunächst als Mitarbeiterin mit diesem in Verbindung gebracht. Beispielsweise hat man mir während einer Messe beim sonntäglichen Kaffeeverkauf vor diversen Kirchen in Mexiko City, die Rolle einer Missionarin zugeschrieben. In Tlacotepec lernten mich die Menschen während eines von den Vereinen organisierten Flohmarktes kennen, und ich wurde dann im Zuge einer, ebenfalls von den Vereinen organisierten Buchpräsentation, der Bevölkerung mit meinem Anliegen und meinem Vorhaben in diesem Ort zu forschen, von der Ehefrau des Bürgermeisters vorgestellt. Die Vereine unterstützen auch die Kaffeevereinigung des Ortes, welche u.a. die hoch angesehenen Personen des Ortes, wie die beiden Dorfältesten, den Schuldirektor und die Ärztin inklusive deren Familien beschäftigt. Es waren vor allem diese Menschen, wie auch die Familie des Bürgermeisters, welche mir sehr bereitwillig Unterstützung anboten und zu meinen Kontaktpersonen wurden. Als ich dann tatsächlich in dieses Dorf zurückkehrte, versuchte ich zunächst zu meinen primären Kontaktpersonen ein gutes Verhältnis aufzubauen. Ich unterstützte sie bei diversen Tätigkeiten, z.B. beim Kaffeeverkauf während eines Festes und gab ihnen, wie Girtler vorschlägt, einen Einblick in meine Lebenswelt, indem ich ihnen das Ziel meiner Forschung und auch den Inhalt meines Studiums näher erklärte sowie Fotos von meiner Umgebung, Familie und Freunden vorlegte (vgl. Girtler 2001: 73).

Während meines Aufenthaltes bekam ich verschiedene Rollen zugeschrieben. Einmal als Missionarin, ein anderes Mal als Mitglied der auch im

biomedizinischen Bereich tätigen „Entwicklungshilfe-Vereine“, als Medizinerin aufgrund meines Forschungsthemas, als Freundin bestimmter angesehener Personen und manchmal auch einfach nur als Gast, der österreichische Kochkünste vorstellte. Einige dieser mir zugeschriebenen Rollen legitimieren die zögernden Antworten und zurückhaltende Auskunftsbereitschaft der Bevölkerung zu dem Thema „Verwendung von alternativen Medizinen“ und trugen auch dazu bei, zwar zu dem Thema Biomedizin genügend Information einholen zu können, jedoch keine aussagekräftigen Angaben über angewandte Alternativmedizinen zu bekommen. Weitere Ausführungen zu meiner Position im Forschungsfeld und dessen Einfluss auf die Datenerhebung sind im Kapitel der Feldforschung zu finden. Bevor ich dazu übergehe meine methodische Herangehensweise darzustellen, folgen noch einige Worte zum Aufbau dieser Arbeit.

## **1.2. Der Aufbau dieser Arbeit**

Wie bereits erwähnt, besteht meine Arbeit aus zwei Teilen. Die Auseinandersetzung mit der Literatur bezüglich des Themas „Medizinpluralismus“ führte mich zwangsläufig auch zur Beleuchtung der Art und Weise, wie Gesundheitsversorgungssysteme im Laufe der Geschichte untersucht wurden. Folglich enthält der erste Teil dieser Arbeit neben der Darstellung des Forschungsdesigns und der methodischen Herangehensweise theoretische Überlegungen zur Untersuchung von medizinischen Versorgungssystemen und zum Phänomen des vieler Orts vorzufindenden, medizinischen Pluralismus. Der zweite Teil dieser Arbeit soll ein regionales Beispiel darstellen und beinhaltet neben Informationen zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Mexikos auch Erfahrungen aus meiner Feldforschung sowie Aspekte, welche in der Literatur das Thema „Medizinpluralismus in Mexiko“ ansprechen.

Definitionen von Termini, welche für die Untersuchung des medizinischen Pluralismus notwendig sind, folgen im dritten Kapitel. Ebendort widme ich mich der Fülle von Aspekten, Perspektiven und Theorien, die heute zum Thema „Medizinpluralismus“ in der Literatur zu finden sind. Dieser Zugang an und für

sich könnte mindestens eine ganze Diplomarbeit füllen, da ich jedoch auch meinen Erfahrungen der Feldforschung Raum geben möchte, beschränke ich mich im dritten Kapitel darauf, die wichtigsten theoretischen Perspektiven, welche im Laufe der Geschichte des 20. Jhdts. entstanden sind, zu erwähnen, gehe dann auf einige regionale Beispiele ein und schließe dieses Kapitel damit ab, über einige Gemeinsamkeiten der diversen Medizinen zu informieren. Die angeführten zeitlichen Perioden haben jene literarischen Quellen als Grundlage, welche auch in der angesprochenen Zeit entstanden sind oder gegenwärtige Literatur, welche über jenen zeitlichen Abschnitt berichtet.

Das vierte Kapitel stellt den empirischen Teil meiner Forschung dar. Neben der kurzen Darstellung der Geschichte der medizinischen Entwicklung in Mexiko gehe ich hier genauer auf die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung als auch auf strukturelle Aspekte, welche diese beeinflussen, ein. Hier fließen auch die gesammelten Daten meiner Feldforschung sowie die Ergebnisse aus der Literaturrecherche zum Thema „Medizinpluralismus in Mexiko“ ein.

Das letzte Kapitel nutze ich dazu, die Ergebnisse meiner Literaturrecherche und Erkenntnisse aus der Feldforschung zusammengefasst nochmals darzustellen.

Wegen der einfacheren Handhabung und Lesbarkeit ist diese Arbeit male based formuliert, sollte aber unbedingt geschlechtsneutral gelesen werden.

Aufgrund der Komplexität der Aspekte, die heute zum Thema „Medizinpluralismus“ in der Literatur zu finden sind, war es mir nicht möglich sämtliche Literatur aufzuarbeiten, welche hierzu vorhanden ist. Ebenfalls können die gesammelten Daten der Feldforschung nicht als repräsentativ für die gesamte Bevölkerung Mexiko Citys oder Tlacotepecs betrachtet werden. Deshalb erhebe ich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Meine Diplomarbeit bleibt zuletzt eine einfache Darstellung von verschiedenen Aspekten und Theorien, welchen bei der Untersuchung des Phänomens „Medizinpluralismus“ Beachtung geschenkt

werden kann, begleitet von einer Darstellung unterschiedlicher Ausschnitte der Gesundheitsversorgung in Mexiko. Nachdem das Forschungsdesign meiner Untersuchung Erwähnung gefunden hat, gehe ich jetzt dazu über, meine methodische Herangehensweise genauer zu erläutern.

## **2. Methode**

Qualitative Forschungen setzen die Verwendung von entsprechenden Forschungsmethoden voraus. Da mein Untersuchungsfeld durch meine Kontakte leicht zugänglich war, erschien mir die Feldforschung die am besten geeignete Forschungsmethode zu sein, um Antworten auf meine Fragen zu finden (vgl. Mayring 2002: 57). Die Feldforschung verlangt, wie es auch in meiner Forschung geschehen ist, die Teilnahme an der natürlichen Umgebung und am Alltag der Untersuchten (vgl. Mayring 2002: 54f). Neben der Literatur- und Internetrecherche stellte die teilnehmende Beobachtung die Hauptmethode meiner Feldforschung dar, auf die ich jetzt genauer eingehe.

### **2.1. Methoden der Datenerhebung**

Während meiner Untersuchung kamen unterschiedliche Forschungsmethoden zur Anwendung:

#### 2.1.1. Die teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung ist eine klassische Methode der Feldforschung. Während der Forscher Daten sammelt, nimmt er selbst an einer sozialen Situation teil, wobei er in direkter Beziehung mit den Beobachteten steht und an deren Leben partizipiert (vgl. Girtler 2001: 63). Im Gegensatz zu standardisierten Beobachtungen, bei welchen mit multiple-choice Beobachtungsbögen gearbeitet wird, ist die teilnehmende Beobachtung wenig standardisiert und offener, um durch die Nähe zum zu erforschenden Gegenstand die inneren Werte von Alltagssituationen erschließen zu können (vgl. Girtler 2001: 60ff). Nach Girtlers Kategorien der Beobachtungsformen habe ich eine „frei teilnehmende Beobachtung“ ohne systematischen Erhebungsplan durchgeführt. Im Gegensatz

zur „strukturierten“ Beobachtung ist hier nicht genau vorgegeben „was, wie lange, und auf welche Art und Weise zu beobachten ist“ (Girtler 2001: 62).

„Eine Teilnahme besteht bereits, wenn der Forscher als Außenstehender durch ein Mitglied der betreffenden Gruppe in diese eingeführt und es ihm ermöglicht wird, das Handeln in dieser Gruppe zu beobachten und mit den anderen Mitgliedern zu sprechen“ (Girtler 2001: 63). Meine teilnehmende Beobachtung ist in diesem Sinne zu verstehen. Indem ich direkt am Leben meiner Kontaktpersonen teilgenommen habe, viele Gespräche über Krankheit und Gesundheit geführt habe und auch bei einzelnen biomedizinischen bzw. homöopathischen Behandlungen als Beobachterin anwesend war, kann ich hier in erster Linie von einer freien teilnehmenden Beobachtung sprechen. Während meines Aufenthaltes in Tlacotepec de Mejía und Mexico City stand ich durch die aktive Teilnahme am Alltag der Menschen in einer persönlichen Beziehung mit ihnen und trug dabei Daten zusammen. Meine Erfahrungen, Gedanken und Einsichten hielt ich dabei täglich in einem Forschungstagebuch fest, um die einzelnen Situationen im Nachhinein gut im Gedächtnis abrufen zu können.

#### 2.1.2. Das Leitfaden-Interview

Das Leitfaden-Interview ist eine qualitative, teilstandardisierte Interviewform (vgl. Flick 1991: 158). Ein Merkmal dieser Interviewform ist, im Gegensatz zu standardisierten Interviews, dass der Befragte seine Anschauungen frei formulieren kann, ohne Antwortmöglichkeiten vorgegeben zu haben (vgl. Hopf 1991: 177). Durch die freie Gestaltung können die individuellen Sichtweisen der Informanten erhoben werden (vgl. Flick 2005: 117). Ich habe für meine Forschung verschiedene Leitfäden angefertigt. Zum einen für Personen, die nicht im medizinischen Bereich beruflich tätig sind und zum anderen Leitfäden für Personen, die sehr wohl im medizinischen Bereich beschäftigt sind. Weiters habe ich versucht die diversen Leitfäden teilweise - durch einheitliche Fragen - zu standardisieren, um die Interviews einfacher gegenüberstellen zu können (vgl. Mayring 2002: 70). Zunächst habe ich die Leitfäden an schon vertrauten Personen getestet und sie in einigen Bereichen, dort wo die Fragen nicht verstanden

wurden, verändert (vgl. Mayring 2002: 69). Nach einer sehr offenen Einstiegsfrage über das Verhalten bei Krankheit ging ich zu den wesentlichen Punkten meiner Forschung über. Wenn während des Dialogs andere, im Leitfaden nicht enthaltene, Themen angesprochen wurden, wurde dieser durch ad hoc Fragen ergänzt (vgl. Flick 2005: 69). Da ich wenige Informationen über die Beanspruchung von Leistungen alternativer Heiler erhielt, änderte ich meine Fragestellung, in dem ich die Personen nicht über sich selbst sprechen ließ, sondern darüber warum sie glaubten, weshalb Menschen anderen Methoden als der Biomedizin Vertrauen schenken.

### 2.1.3. Das ero-epische Gespräch

Ein weiterer wichtiger Bestandteil meiner Datenerhebung war das ero-epische Gespräch. Diese Art der Gespräche, entstehen häufig spontan, in verschiedenen Situationen, wobei sich sowohl Forscher wie auch der Informant in das Gespräch mit einbringen. Dabei erzählt der Forscher meist über seine Interessen und Vorgehensweisen während der Forschung und versucht dadurch, bei seinem Gegenüber Interesse zu wecken, um ihn zum Erzählen anzuregen (vgl. Girtler 2001: 152). Während des Gesprächs ist es erforderlich einige Anregungen zum Forschungsinteresse einzubringen, um den Fluss des Dialogs aufrecht zu erhalten; dabei sollte der Befragte frei reden können und weder eingeengt noch unter Druck gesetzt werden (vgl. Girtler 2001: 158). Die gestellten Fragen „werden nicht von vornherein festgelegt, (...)“ und „ergeben sich aus dem Gespräch und der jeweiligen Situation“ (Girtler 2001: 149). Girtler versteht darunter „ein breites Gespräch, in dem nicht nur einer erzählt, sondern der Forscher selbst erzählend mitwirkt“ (Girtler 2001: 152) und „bei dem es um Erzählungen und Geschichten geht, die sich so ziemlich auf alles einer Kultur oder Gruppe beziehen können. Dabei ist es nicht bloß der Forscher, der Fragen stellt, sondern auch der Gesprächspartner (...)“ (Girtler 2001: 147). Von Bedeutung für einen offenen Dialog ist eine, dem Gesprächspartner angenehme und bekannte Umgebung (vgl. Girtler 2001: 148). In der Situation von ero-epischen Gesprächen habe ich auf einen Gesprächsleitfaden verzichtet, um den Fluss des Gesprächs nicht zu stören. „Ein solcher Leitfaden kann (...) die Gesprächssituation belasten und Ergebnisse

liefern, die vielleicht mit der sozialen Situation des Befragten wenig zu tun haben“ (Girtler 2001: 157). Zahlreiche ero-epische Gespräche haben sich während meines Feldaufenthaltes beispielsweise bei einem von den Vereinen organisierten Weihnachtsbazar ergeben, wo ich Kaffee und Kuchen angeboten habe und diese Gelegenheit sehr gut für Unterhaltungen nutzen konnte. Da diese Gespräche spontan entstanden sind, hatte ich keine Möglichkeit sie auf Tonband aufzunehmen. Stattdessen habe ich mir Notizen gemacht und versucht, die Personen zu weiteren Gesprächen einzuladen.

#### 2.1.4. Literaturrecherche

Neben meinem Feldaufenthalt waren es sicherlich die Literaturrecherche und deren Aufarbeitung, welche den größten zeitlichen Rahmen während der Phase der Diplomarbeitserstellung in Anspruch nahmen. Der größte Teil der herangezogenen Literatur ist im Bibliothekskatalog der Hauptuniversität Wien, wie auch der Medizinuniversität Wien zu finden. Einzelne Werke habe ich aus Mexiko mitgebracht und andere selbst angekauft. Die Internetrecherche spielte im Laufe meiner Forschung eher eine untergeordnete Rolle. Sie kam hauptsächlich bei der Suche nach Literatur in diversen Bibliothekskatalogen zur Anwendung.

### **2.2. Die Aufbereitung der Daten**

Ich habe versucht, alle Gespräche und Interviews auf Tonband aufzunehmen und weitestgehend am Abend desselben Tages zu transkribieren sowie die entsprechenden Protokolle zu erstellen. War eine Tonbandaufnahme nicht möglich, notierte ich mir die wichtigsten Informationen und erstellte sofort nach den Gesprächen die Protokolle. Die Ergebnisse der Interviews werden im zweiten Teil dieser Arbeit dargestellt. Diverse Literatur habe ich zunächst exzerpiert und dann in entsprechenden Kategorien zusammengefasst. Diese geschaffenen Kategorien sind das Gerüst dieser Diplomarbeit.

### **2.3. Die Auswertung der Daten**

In meiner Arbeit beziehe ich mich hauptsächlich auf Daten, welche ich während der Literaturrecherche sammeln konnte, die durch Ergebnisse meiner



Feldforschung ergänzt werden. Aufgrund der großen Dichte an Konzepten und Theorien und der Vielzahl an Aspekten, welche für eine holistische Darstellung eines medizinischen Phänomens, wie das des Medizinpluralismus in Mexiko, und selbst für die Untersuchung einzelner Elemente dieser Erscheinung, notwendig wären, wie auch der Mangel an Zeit, Interviewpersonen und aussagekräftigen Ergebnissen für eine umfassende Datenerhebung und -aufarbeitung, macht eine holistische Ausarbeitung des Themas „Medizinpluralismus in Mexiko“ und den Versuch, die erwähnten Theorien und Konzepte anzuwenden, schwer möglich. Diese Gründe trugen dazu bei, weshalb ich in dieser Arbeit weitestgehend auf eine präzise Interpretation verzichte.

Nachdem ich den Hintergrund meiner Forschung, inklusive der verwendeten Forschungsmethoden beschrieben habe, gehe ich jetzt dazu über, die diversen Konzepte und Theorien zu dem Thema Medizinpluralismus aufzuarbeiten. Im nächsten Kapitel werde ich zunächst bedeutende Begriffe definieren, um dann über die Untersuchung von Gesundheitssystemen im Laufe der Geschichte des 20. Jhdts. und des Phänomens Medizinpluralismus schreiben zu können.

### **3. Medizinpluralismus**

In diesem Kapitel lege ich mein Augenmerk auf die Entwicklung der medizinanthropologischen Untersuchungen von Gesundheitssystemen im Laufe der Geschichte des 20. Jhdts. sowie auf Aspekte und Theorien, welche mit dem Phänomen des medizinischen Pluralismus in Zusammenhang stehen. Dabei spreche ich sowohl die Entstehung dieses Phänomens an, schreibe über den Prozess der Entscheidungsfindung, welche Medizin Verwendung finden soll, darüber wie sich die Beziehungen der Akteure zueinander gestalten können, weiters über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Medizinen und erwähne am Ende dieses Kapitels einige Autoren, welche sich mit diesem Phänomen auseinandersetzen. Bevor ich jedoch darauf eingehe, wie medizinanthropologisch arbeitende Forscher in der Vergangenheit mit diesen Themen umgegangen sind, betrachte ich es als notwendig diverse Begrifflichkeiten, die damit verknüpft sind, zu definieren.

### 3.1. Definitionen

#### 3.1.1. Der Begriff „Medizin“

„Medicine (...) refers to generic practices from whatever tradition intended to address or alleviate what people and practitioners consider to be an affliction in need of attention“ (Janzen 2002: 292). In der Medical Anthropology bezieht sich der Begriff „Medizin“ nicht nur auf die Biomedizin, sondern auf alle Praktiken, gleich welcher Tradition, die zur Linderung von Missbefinden beitragen und gesundheitliche Bedürfnisse decken können. Der Begriff Medizin wird in dieser Arbeit in diesem Sinne verwendet.

#### 3.1.2. Der Begriff „Biomedizin“<sup>5</sup>

Viele Autoren kritisieren die Verwendung diverser Synonyme, wenn es sich um die Beschreibung der dominanten Medizin der Industriegesellschaften handelt (vgl. u.a. Leslie und Young 1992, Cant und Sharma 1999, Csordas und Kleinman 1996). Leslie und Young betonen, stattdessen von der „Biomedizin“ zu sprechen (vgl. Leslie und Young 1992: 6). Der Begriff „biomedicine“ bzw. die deutsche Übersetzung – Biomedizin – wurde von Hahn und Kleinman als Abgrenzung zu Begriffen wie „Westliche Medizin“, „Moderne Medizin“, „Wissenschaftliche Medizin“ oder „Kosmopolitische Medizin“ in den medizinethnologischen Diskurs eingeführt<sup>6</sup>. „By the name Biomedicine we refer to the predominant medical theory and practice of Euro-American societies, a medicine widely disseminated throughout the world ... We use „Biomedicine“ as a name for this medicine,

---

<sup>5</sup> Als Synonym für die Biomedizin wird auch häufig von „Westlicher“, „Kosmopolitischer“, „Moderner“, „Orthodoxer“, „Wissenschaftlichen“ Medizin oder auch von der „Allopathie“ oder der „Schulmedizin“ gesprochen.

<sup>6</sup> Durch die Verwendung des Begriffes „Westliche Medizin“ wird diese der „Nicht-westlichen Medizin“ gegenübergestellt, was eine klare Abgrenzung zu anderen Medizinarten, ohne deren Vielfalt zu beachten, und die Schaffung negativer Kategorien mit sich bringt (vgl. Leslie und Young 1992: 6). Csordas und Kleinman schreiben über die Problematik dieser Kategorien. Dieser Differenzierung liegt ihrer Meinung nach eine Unterscheidung zwischen „medizinischer Behandlung“ als westlich, wissenschaftlich, empirisch, technologisch entwickelt und professionell zu Grunde; und der Kategorie „nicht-medizinische Behandlung“ als nicht-westlich, nicht-wissenschaftlich und –empirisch, nicht-medizinisch, nicht-technologisch und nicht-professionell, was infolge mit Placebo und Aberglaube assoziiert wird. Tatsächlich basiert „nicht-medizinische“ Heilung sehr wohl auf einer systematischen Untersuchung und bietet Möglichkeiten für Interpretationen von Symptomen, Leiden und Ursachen. Damit kann diese Unterscheidung nicht standhalten (vgl. Sargent und Johnson 1996: 5).

referring to its focus on human biology, or more accurately, on physiology, even pathophysiology” (Hahn und Kleinman 1983: 305f).

Diese Medizinform ist in unserer, hoch industrialisierten Gesellschaft die dominierende Medizin. Ihre Grundlage zur Legitimierung von medizinischen Vorstellungen und Definitionen von Krankheit und Heilung ist die Wissenschaft. Wichtigste Elemente sind der physische Körper und die Trennung von Körper und Geist. Obwohl diese Medizin mittlerweile weltweit zu finden ist, existiert sie neben vielen anderen Medizinen (vgl. Janzen 2002: 4, 81). Die Biomedizin „ist weitgehend standardisiert und wird weltweit ähnlich ausgeführt. Sie basiert auf dem euro-amerikanischen Weltbild mit seiner entsprechenden Körperkonzeption“ (Greifeld 2003: 14). So wie jede Medizin ist auch die Biomedizin kulturell geprägt, was zur Folge hat, dass diese zwar weltweit ähnlich angewendet wird, aber dennoch überall anders geprägt und verstanden wird (vgl. Finkler 2001).

Als Gegenstück zur Biomedizin wird häufig von der „traditionellen“ oder der „alternativen“ Medizin gesprochen, wobei auch diese Begriffe, wie wir gleich sehen werden, viel differenzierter anzuwenden sind.

### 3.1.3. Der Begriff „traditionelle Medizin“

„The term „traditional medicine“ refers to ways of protecting and restoring health that existed before the arrival of modern medicine. As the term implies, these approaches to health belong to the traditions of each country, and have been handed down from generation to generation” (WHO, 2000). Traditionelle Medizin beinhaltet laut WHO diverse gesundheitliche Praktiken, Glaubensvorstellungen und gesundheitliches Wissen inklusive pflanzliche, mineralische und tierische Arzneien, spirituelle Therapien, manuelle Techniken und Praktiken, welche allein oder in Kombination angewendet werden, um Wohlbefinden aufrecht zu erhalten, wie auch um Krankheiten behandeln, diagnostizieren oder vorbeugen zu können (vgl. WHO 2002: 7). Eine „traditionelle Medizin“ unterscheidet sich von Region zu Region und steht mit der Geschichte als auch mit der Kultur einer Gesellschaft in Zusammenhang (vgl. Greifeld 2003: 14; Janzen 2002: 3f). Nach Margarete

Hartmann ist „traditionelle Medizin“ ein Sammelbegriff, „mit dem ganz allgemein die seit Jahrhunderten überlieferten Krankheitskonzepte und Heilpraktiken der indigenen Kulturen bezeichnet werden. Deren jahrhundertealte Erfahrungen gehen in einem dynamischen Prozess immer neuer Anpassungen und Antworten auf äußere Bedingungen ein. Traditionell soll ausdrücken, dass die betreffenden medizinischen Vorstellungen und Praktiken eine lange Geschichte haben“ (Hartmann 1997: 69f). Der Begriff „traditionelle Medizin“ beinhaltet auch eine „Abgrenzung derselben gegenüber der sogenannten wissenschaftlichen und als solche offiziell anerkannten Medizin“ (Hartmann 1997: 70). Um besser mit der Vielfalt an traditionellen Medizinen umgehen zu können, schlägt Greifeld vor, die jeweilige Medizin bei ihrem jeweiligen Namen zu nennen (vgl. Greifeld 2003: 14), wobei hier zu beachten ist, dass auch eine bestimmte traditionelle Medizin von Region zu Region unterschiedlich angewendet wird.

#### 3.1.4. Der Begriff „Alternativmedizin“

Dieser Begriff wird oft in Bezug auf Behandlungsmethoden erwähnt, die nicht in das Konzept der Biomedizin passen. Diese Methoden sind meistens aus früheren medizinischen Traditionen entstanden (vgl. Janzen 2002: 24), können aber auch Medizinen ansprechen, welche in jüngeren Kontexten entstanden sind. Das Konzept der „Alternativmedizin“ geht davon aus, dass es eine Alternative zur Biomedizin gibt. Gil-Soo Han sieht die Verwendung dieses Begriffs problematisch, da es nach seiner Meinung diese Alternative zur Biomedizin nicht gibt (vgl. Han 2002: 2). Janzen verwendet diesen Begriff für verschiedene Behandlungsmethoden wie u.a. Akupunktur, Qi Gong, Kräutermedizin, Yoga, Astrologie, Chiropraktik, Massage, Psychotherapie, christliche Psychologie und andere Formen der Heilung (vgl. Janzen 2002: 53). Cant und Sharma verstehen unter diesem Terminus jene Medizinen, die ein grundlegend anderes Wissen innehaben und weniger staatliche Unterstützung erhalten, als die Biomedizin (vgl. Cant und Sharma 1999: 5). In der vorliegenden Arbeit wird dieser Begriff dafür eingesetzt, jene Medizinen anzusprechen, welche nicht in das Konzept der Biomedizin passen, ohne dabei bewerten zu wollen und ohne den Anspruch zu erheben, dass alternative Medizinen die Biomedizin ersetzen können.

### 3.1.5. Der Begriff „Komplementärmedizin“

Die „Komplementärmedizin“ wird manchmal als eine Art „Alternativmedizin“ gesehen und dabei als eine mögliche Alternative zur Biomedizin verstanden. Ein anderes Synonym dafür ist der Begriff „holistische Medizin“. Andere verstehen unter diesem Begriff eine Medizinart, welche die Biomedizin ergänzen und mit ihr zusammenarbeiten kann, jedoch nicht ersetzen soll (vgl. Cant und Sharma 1999: 7f). Han sieht auch diesen Begriff problematisch. Das Konzept der „Komplementärmedizin“ sagt seiner Meinung nach auch aus, dass durch die Kombination von Biomedizin und Komplementärmedizin eine holistische Medizin hervorgebracht werden kann. Das Problem zeigt sich indem alle komplementärmedizinischen Praktiken zusammengefasst in einen Hut gesteckt werden, egal ob die verschiedenen Praktiken offiziell anerkannt sind oder nicht (vgl. Han 2002: 2). Laut WHO bezieht sich dieser Begriff auf ein weites Feld an verschiedenen Gesundheitspraktiken, die nicht Teil der eigenen Tradition eines Landes sind oder die nicht in das dominierende Gesundheitssystem integriert sind (vgl. WHO 2002: 7).

### 3.1.6. Der Begriff „Medizinsystem“

Dieser Terminus wurde in den 1970er von Charles Leslie geprägt. Nach Leslie sind medizinische Systeme soziale und kulturelle Systeme, die in lokale Gemeinden eingebettet sind. Diese Systeme unterscheiden sich aufgrund von unterschiedlichen familiären, politischen, religiösen und ökonomischen Strukturen der Gesellschaften, sind mit historischen Annahmen verbunden (vgl. Leslie 1980: 191ff) und verändern sich als Teil einer Kultur entsprechend den Erfordernissen der Menschen (vgl. Greifeld 2003: 13). Da rein biologische Erläuterungen nicht ausreichen, um alle Aspekte von Krankheit, Gesundheit und Heilung erklären zu können und weiters diese Aspekte in jeder Kultur anders geprägt sind, ist das Konzept des „Medizinsystems“ geeignet, Gesundheitssysteme zu untersuchen (vgl. Greifeld 2003: 13). Nach Janzen dient dieser Begriff einer vergleichenden Perspektive, welche medizinischen Praktiken und Traditionen eine erkennbare, innewohnende Kohärenz zuschreibt (vgl. Janzen 2002: 292). Auch Brown versteht darunter jene kulturellen Glaubenssysteme und Praktiken, welche von

einer Gruppe gelernt und geteilt werden. Ein Medizinsystem, als Teil der Kultur, stattet Menschen mit Erklärungen für Krankheitsursachen aus und informiert darüber, wie bei Krankheit zu agieren ist (vgl. Brown 1998: 6f). “In a cultural sense, a medical system is an organized set of ideas referring to a particular healing tradition (for example chinese, ayurvedic, homeopathic, biomedical)” (Brown 1998: 108).

Unschuld verwendet diesen Term folgendermaßen: „Auf den medizinischen Bereich eingengt können wir sagen, dass die Gesamtheit aller in einer Kultur verfügbaren „Mittel“, die zur Befriedigung medizinischer Bedürfnisse geeignet sind, sowie das Schema der Verteilung von Besitz und Kontrolle über diese unter Individuen oder Gruppen das „medizinische System“ der betreffenden Kultur ausmachen“ (Unschuld 1975: 2).

Foster und Anderson definieren diesen Terminus wie folgt: „The term properly embraces the totality of health knowledge, beliefs, skills, and practices of the members of every group. It should be used in a comprehensive sense to include all of the clinical and nonclinical activities, the formal and informal institutions, and any other activities that, however tangentially, beat on the health levels of the group and promote optimum functioning of society” (Foster und Anderson 1978: 36).

Auch Hans Baer versteht Folgendes: “The medical system of a society consists of the totality of medical subsystems that coexist in a cooperative or competitive relationship with one another” (Baer 2004: 109). Indem Baer mit dem Begriff „Medizinsystem“ die Gesamtheit der unterschiedlichen medizinischen Arten in einer Gesellschaft anspricht, wird das Phänomen „Medizinpluralismus“ direkt damit in Verbindung gebracht.

In dieser Arbeit versuche ich den Begriff Medizinsystem aufgrund seiner unterschiedlichen Bedeutungen zu vermeiden, ist dies doch der Fall, stütze ich

mich dabei auf Janzen und Brown und meine unterschiedliche Arten von Medizinern, die einer gewissen Struktur unterliegen.

Kleinman kritisiert die Verwendung des Begriffes „Medizinsystem“, indem er es als zu medico-zentristisch betrachtet und schlägt stattdessen den Terminus „Health care system“ vor, welcher damit alle gesundheitsbezogenen Aktivitäten inklusive Prävention und jeglicher Heilfunktionen anspricht (vgl. Kleinman 1978: 92). Auf diesen Begriff gehe ich jetzt gesondert ein.

### 3.1.7. Der Begriff „health care system“ bzw. „Gesundheitssystem“

In jeder Kultur stehen sämtliche gesundheitsbezogene Aktivitäten miteinander in Beziehung. Kleinman betrachtet die Gesamtheit dieser Beziehungen als das „health care system“ (vgl. Kleinman 1980: 24ff, 1978: 91), zu Deutsch Gesundheitssystem und betont dabei die Notwendigkeit, die jeweiligen Gesundheitssysteme in ihren kulturellen Kontexten zu betrachten. „Cultural settings provide much of the specific content that characterize health care systems and, therefore, are major determinants of the peculiar profiles of given systems“ (Kleinman 1980: 33). Die individuellen Vorstellungen über Krankheit bzw. Gesundheit und das damit verbundene Verhalten werden durch soziale Institutionen (z.B. Kliniken, Krankenhäuser und andere medizinische Vereinigungen), durch bestimmte zugeschriebene Rollen (Rolle des Heilers, des Biomediziners, des Erkrankten usw.), wie auch durch Macht- und zwischenmenschliche Beziehungen und weiters durch ökonomische, ökologische und politische Faktoren geprägt (vgl. Kleinman 1980: 26). Jede Gesellschaft bringt folglich unterschiedliche, lokale Gesundheitssysteme hervor, weshalb ein bestimmtes Gesundheitssystem nicht mit einer ganzen Gesellschaft gleichgesetzt werden kann (vgl. Kleinman 1978: 91). Menschen haben bestimmte Glaubensvorstellungen und Gesundheitspraktiken, wie auch individuelle Verhaltensmuster, die mit Gesundheit und Gesundheitsversorgung zusammenhängen, wobei ihnen bestimmte medizinische Ressourcen, Institutionen und Heilerpersönlichkeiten zur Verfügung stehen (vgl. Kleinman 1980: 24ff). Größere Differenzen in der Art der Erscheinung sind dabei eher zwischen

unterschiedlichen Lokalitäten als innerhalb derselben Lokalität festzustellen (vgl. Kleinman 1980: 39). So können Gesundheitssysteme in einer Lokalität einheitlich sein (z.B. in einem kleinen Dorf), in einer anderen ungleichartig aber integriert (z.B. die Bedeutung von Biomedizin und TCM in Taipei) oder multipel und nicht-integriert in der gleichen Lokalität (vgl. Kleinman 1980: 39). Die unterschiedlichen Komponenten eines Gesundheitssystems werden von den Beteiligten unterschiedlich wahrgenommen und verwendet. Faktoren, wie Klassenzugehörigkeit, Bildung, religiöse Zugehörigkeit, Arbeitstätigkeit und diverse soziale Netzwerke beeinflussen die Verwendung von Gesundheitsressourcen in derselben Lokalität (vgl. Kleinman 1980: 39).

MacElroy und Townsend sehen das Gesundheitssystem als ein kulturelles Netzwerk innerhalb dessen Technologie entwickelt und angewendet wird und bestimmtes medizinisches Wissen existiert, um Entscheidungen treffen zu können. Solche Systeme inkludieren verschiedene Kategorien an individuellen Rollen (z.B. Patienten und Heiler, Kinder und Eltern), Kategorien für verschiedene Settings (diese können z.B. biomedizinische Kliniken, Zahnarztpraxen oder Räumlichkeiten eines Curanderos sein) wie auch Kategorien für therapeutisches und präventives Verhalten (z.B. bestimmte Arten von Untersuchungen, körperlichen Übungen, Kräutermedizin, ...) (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 333).

#### 3.1.8. Der Begriff „medizinische Kultur“

Die „medizinische Kultur“ einer Gesellschaft beinhaltet nach Murray Last die Summe aller Glaubensvorstellungen, Praktiken und des vorhandenen technischen Wissens, welche sich auf Gesundheit und Heilung beziehen, egal ob sie noch aktiv gelebt werden oder bereits vergangen sind. Dieser Begriff bezieht sich auf alles, was als medizinisch definiert werden kann, ohne dabei bestimmte Institutionen oder Strukturen zu beachten (vgl. Last 1996: 376f). Last verwendet das Konzept einer nationalen Medizinkultur, um damit jenen Bereich anzusprechen, in dem ein Wettbewerb zwischen den verschiedenen medizinischen Traditionen stattfindet (vgl. Last 1996: 376).



### 3.1.9. Der Begriff „medizinischer Synkretismus“

Charles Leslie versteht unter dem Begriff „medizinischer Synkretismus“ eine Vermischung von verschiedenen Medizinen. Er beschäftigt sich u.a. mit der Untersuchung südasiatischer Medizintraditionen und findet dort eine Zusammenführung der Biomedizin mit der ayurvedischen Heilslehre. Diese Vermischung nennt er Synkretismus (vgl. Leslie 1992, Janzen 2002: 217). Greifeld deutet darauf hin, dass es sich bei diesem Terminus „nicht um plan- oder manipulierbare Prozesse, sondern vielmehr um Reaktionen der HeilerInnen und ihrer KlientInnen auf Neues in ihrer Lebenswelt“ handelt (Greifeld 2003: 31).

### 3.1.10. Der Begriff „Medizinpluralismus“

Wie bei vielen Begriffen ist auch hier die Definition nicht ganz eindeutig. Janzen versteht darunter „the coexistence of multiple medical traditions, or bodies of practice and thought, within the same society“ (Janzen 2002: 92). Es geht hier um die gleichzeitige Existenz von verschiedenen medizinischen Traditionen und das Vorkommen verschiedener medizinischer Praktiken und Meinungsvorstellungen innerhalb einer Gesellschaft, welche denselben therapeutischen Raum beanspruchen (vgl. Janzen 2002: 234). Der Begriff Medizinpluralismus kann sich aber auch auf andere Arten von Pluralismen beziehen. Dabei können einerseits unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und Heilung angesprochen werden oder andererseits strukturelle Gegebenheiten, wie unterschiedliche Zusammenschlüsse der Anhänger und Ausübenden innerhalb einer Medizintradition, gemeint sein. Janzen erkennt drei Typen von Medizinpluralismen:

- 1.) Die erste Annäherung spricht von zwei Medizinarten, wobei hier v.a. die Vorstellung der Biomedizin reflektiert wird. Es handelt sich hier zum einen um die Biomedizin, die in Krankenhäusern und Kliniken angewendet wird, institutionalisiert, offiziell, legal und professionell auftritt. Auf der anderen Seite ist die „alternative Medizin“ zu finden, welche aus dieser Perspektive peripher, inoffiziell, manchmal illegal und selten als professionalisiert betrachtet wird. Janzen spricht hier von einem asymmetrischen Pluralismus, da es eine klar dominierende und eine

untergeordnete Stellung zwischen den beiden Medizintraditionen innerhalb derselben Gesellschaft gibt (vgl. Janzen 2002: 234).

- 2.) Die zweite Ansichtweise betrachtet den Medizinpluralismus von einem professionalisierten und staatlich legitimierten Gesichtspunkt aus und ist mehr symmetrisch als die vorige Beschreibung. Hier haben die unterschiedlichen Medizinen den gleichen Stellenwert innerhalb einer Gesellschaft (vgl. Janzen 2002: 234f).
- 3.) Eine dritte von Janzen beschriebene Bedeutung meint, dass innerhalb einer Gesellschaft nur wenige definierbare Medizinsysteme zu finden sind. Es können aber Praktiken und Behandlungsformen erkannt werden, die von verschiedenen medizinischen Traditionen hergeleitet wurden. Hier werden Praktiken, Vorstellungen und Techniken von anderen Traditionen übernommen und adaptiert (vgl. Janzen 2002: 235). Leslie bezeichnet diesen Umstand als „medizinischen Synkretismus“ (vgl. Leslie 1992).

Gil-Soo Han versteht unter dem Begriff „Medizinpluralismus“ zwei Bedeutungen:

- 1.) Die erste Bedeutung bezieht sich auf die Koexistenz von verschiedenen Medizinen innerhalb einer Gesellschaft. Konsumenten haben hier die Möglichkeit zwischen den verschiedenen Behandlungsmethoden zu wählen (vgl. Han 2002: 7). Der unterschiedliche Stellenwert der verschiedenen Medizinen ist hier nicht von Bedeutung.
- 2.) Die zweite Bedeutung bezieht sich auf den Pluralismus innerhalb einer bestimmten medizinischen Tradition. Der Konsument hat hier die Möglichkeit sich z.B. für einen öffentlich zugänglichen oder einen privaten Arzt zu entscheiden (vgl. Han 2002: 7).

Da nun einige der wichtigsten Begriffe, welche direkt mit dem Phänomen des Medizinpluralismus in Zusammenhang stehen, definiert wurden, gehe ich jetzt dazu über, die Art und Weisen wie medizinische Kulturen von Gesellschaften im Laufe der Geschichte untersucht wurden, darzustellen. Da sich die Medizinanthropologie erst im 20. Jhd. als wissenschaftliche Disziplin etabliert hat, habe ich mich dazu entschlossen, diesen Zeitraum als Grundlage für den

folgenden Teil heranzuziehen. Die Untersuchung von „Medizinpluralismus“ bringt die Auseinandersetzung mit den Gesundheitssystemen der untersuchten Kulturen mit sich, weshalb ich mich dafür entschieden habe, zunächst über die Geschichte der Untersuchung von Gesundheitssystemen zu schreiben und gehe dann dazu über, einige Fakten, Theorien und Beispiele zum Thema Medizinpluralismus darzustellen. Es geht hier nicht darum, eine vollständige Darstellung aller Modelle, Konzepte und Theorien, welche im Laufe der Geschichte entwickelt wurde, zu gewährleisten, sondern es soll aufgezeigt werden, dass manche Theorien heute obsolet sind, wobei andere dieser entwickelten Konzepte auch gegenwärtig noch ihre Wichtigkeit haben und ihnen deshalb Beachtung geschenkt werden soll. Weiters wird deutlich, dass die Untersuchung von „Medizinpluralismus“ eine sehr holistische Herangehensweise benötigt, welche sich sowohl theorieübergreifend, wie auch interdisziplinär gestaltet.

### **3.2. Die Untersuchung von medizinischen Kulturen im Laufe des 20. Jhdts.**

Schon lange bevor die Wissenschaftsdisziplin der „Medical Anthropology“ gegründet und der Begriff „Medizinpluralismus“ geprägt wurde, lag die anthropologische Untersuchung von medizinischen Gegebenheiten in außereuropäischen Regionen, im Interesse der Wissenschaft. Das Werk von Williams Hals Rivers „Medicine, Magic and Religion“<sup>7</sup> als Beispiel genannt, bezieht sich auf die medizinischen Vorstellungen der Bevölkerung in Melanesien und Neu Guinea (vgl. Rivers 1927). Er betrachtete Medizin, Magie und Religion als soziale Prozesse, die häufig nicht eindeutig voneinander abgegrenzt werden können und miteinander in Verbindung stehen (vgl. Rivers 1927: 8f). Rivers postulierte, dass jede Kultur eigene Theorien über die Entstehung von Krankheiten hat, welche als Konsequenz eine bestimmte Art der Diagnose mit sich bringen und mit entsprechenden Behandlungen zusammenhängen. Dabei erkannte er drei mögliche Kategorien der Krankheitsursachen (vgl. Rivers 1927: 6ff):

1. Krankheiten, die durch menschliche Handlungen herbeigeführt werden,

---

<sup>7</sup>Dieses Werk wurde 1924, zwei Jahre nach seinem Tod, veröffentlicht.

2. Krankheiten, die durch spirituelle oder übernatürliche Wesen erweckt werden und
3. Krankheiten, die durch natürliche Ursachen entstehen.

Rivers verfolgte einen evolutionistischen Ansatz, indem er meinte, dass diese drei Kategorien zur Entstehung von Krankheiten auch im Laufe unserer Geschichte (z.B. in Form von Hexerei im Mittelalter, bis hin zu dem Glauben an Gottes Strafe bzw. Wille, bis zu Vorstellungen über natürliche Krankheitsursachen) zu finden waren (vgl. Rivers 1927: 8f). Sein Modell wird kritisiert zu statisch zu sein, da Rivers keine Überschneidungen dieser drei Kategorien anerkennt (vgl. Greifeld 2003: 15). „Sein Verdienst liegt aus heutiger Sicht darin, dass er versuchte, die jeweiligen medizinischen Vorstellungen innerhalb einer Kultur aus ihr heraus zu erklären und zu verstehen“ (Greifeld 2003: 15).

### 3.2.1. 1940er und 50er

Zu dieser Zeit wurde im Zuge medizinanthropologischer Untersuchungen v.a. die Frage gestellt, wie medizinische Vorstellungen zum Funktionieren einer Gesellschaft beitragen (vgl. Ackerknecht 1971: 15). Es rückten soziokulturelle Faktoren in den Vordergrund der Betrachtung und die Vorstellungen als auch Praktiken einzelner Medizinen und deren Verbreitung wurden genauer untersucht, um diese Erscheinungen vergleichen und verstehen zu können. Bedeutend war die Erkenntnis, dass Krankheit, Kranksein und die damit verbundenen Beziehungen kulturell konstruiert sind (vgl. Foster und Anderson 1978: 1). Der Funktionalist<sup>8</sup> Erwin H. Ackerknecht brachte in seiner Werk „Medicine and Ethnology“<sup>9</sup> das

---

<sup>8</sup> „Funktionalismus, die Betrachtung soziokultureller Erscheinungen unter dem Gesichtspunkt ihrer Funktion, d.h. der Aufgaben oder Leistungen, die sie im Rahmen der übergeordneten Ganzheit soziokultureller Systeme erfüllen“ (Stagl 1999: 138).

<sup>9</sup> Dieses Werk beinhaltet v.a. Artikel, die Ackerknecht in den 1940er Jahren in diversen Zeitschriften veröffentlichte. Zu Beginn des Buches ist ein Interview mit Ackerknecht zu finden, indem er postuliert, dass sich seine Ansichten im Laufe der Zeit verändert haben (vgl. Ackerknecht 1971: 7, 171). Ackerknecht schrieb anderen Medizinsystemen eine magisch-religiöse Weltansicht zu, welche nicht auf einer rationalen Grundlage basiert, während die „westliche“ Medizin rational und wissenschaftlich sei (vgl. Ackerknecht 1971: 21). Er ging zunächst von der Annahme aus, dass in „primitiven Kulturen“ die Ursache und die Behandlung einer Krankheit ausschließlich magisch-religiös wären. Als er jedoch erkannte, dass es in jenen Kulturen auch die Vorstellung von natürlichen Krankheitsursachen gab, kam es zu einem Perspektivenwechsel, womit er auch anderen Medizinen einen höheren Stellenwert einräumte (vgl. Ackerknecht 1971: 135).

Medizinsystem mit der gesamten Kultur einer Gesellschaft in Verbindung (vgl. Ackerknecht 1971). Er betonte, dass die Bedeutung von Krankheit nicht ausschließlich aufgrund von biologischen Faktoren, sondern auch von kulturellen Einflüssen bestimmt wird. Er sieht Krankheit als grundlegendes Problem jeder Gesellschaft, wobei jede Gesellschaft eigene Methoden entwickelt, um ihr zu begegnen und dieses die jeweilige medizinische Kultur formt (vgl. Ackerknecht 1971: 18). Erst die Gesellschaft entscheidet was als Krankheit wahrgenommen wird (vgl. Ackerknecht 1971: 15), über ihre Funktion und verwendet dabei häufig religiöse Termini (vgl. Ackerknecht 1971: 167f).

In dieser Zeit entstanden zwei wissenschaftliche Lager, die auch heute noch in der Medizinanthropologie relevant sind. Das sind einerseits soziokulturelle und andererseits biokulturelle Annäherungen (vgl. Janzen 2002: 26, Brown 1998: 1, Foster und Anderson 1978: 1). Von Bedeutung für Erstere sind biologische Annahmen, welche aufgrund von kulturellem Wissen entstehen, Fragen darüber, wie Verhaltensweisen der Menschen aufgrund dieses Wissens geprägt sind und wie dieses Wissen in einer Gesellschaft organisiert wird (vgl. Janzen 2002: 26). Weiters wurde auch den Arzt-Patienten-Beziehungen und den Entwicklungen, welche die Einführung der Biomedizin in traditionelle Gesellschaften mit sich brachte, Beachtung geschenkt (vgl. Foster und Anderson 1978: 2). Eine wichtige soziokulturelle Wissenschaftsrichtung nach dem zweiten Weltkrieg, die teilweise bis in die 1960er und manchmal sogar bis in die 1970er Jahre hineinreichte, war der Strukturfunktionalismus<sup>10</sup> (vgl. Janzen 2002: 215). Die Gesellschaft wurde hier als ein gut geordnetes System gesehen, indem die einzelnen, wesentlichen Bestandteile des Systems analysiert und verstanden werden können (vgl. Janzen 2002: 215). Medizinische Vorstellungen und Praktiken sind ein Bestandteil dieses Systems. Diese Art der Betrachtung einer Gesellschaft kam dann aber unter

---

<sup>10</sup> Der Strukturfunktionalismus fragt nach den Funktionen struktureller Elemente (>>sozialer Tatsachen<< oder Institutionen) innerhalb eines sozialen Systems, das als Einheit interdependenter Teile aufgefasst wird. Die Funktion einer Institution oder eines Brauches (z. B. eines Bestattungsritus) bzw. jeder regelmäßig wiederkehrenden sozialen Aktivität sei in der Bedeutung zu sehen, die das Kulturelement für die Aufrechterhaltung der strukturellen Kontinuität, für die Existenz und Fortdauer des sozialen Systems, für das soziale Leben als Ganzes hat“ (Scomburg-Scherff 1999: 359f).

Beschuss, da ihr vorgeworfen wurde zu statisch zu sein und Machtstrukturen und geschichtliche Veränderungen außer Acht zu lassen (vgl. Janzen 2002: 215). Eine weitere Annäherung, welche in den 1950er Eingang in die soziokulturelle Anthropologie fand, waren „marxistische Theorien“ (vgl. Janzen 2002: 30f).

Marxistische Theorien sehen die Bedeutung von „Produktionsweisen“ im Mittelpunkt ihrer Untersuchungen. Der Terminus „Produktionsweise“ schließt die Produktion, die Verteilung, den Austausch und die Konsumation von Gütern und Leistungen mit ein (vgl. Han 2002: 22). Die Betrachtung von Produktionsweisen kann auf die medizinischen Gegebenheiten innerhalb einer Gesellschaft umgelegt werden und damit auch den Medizinpluralismus ansprechen. Feudale Produktionsweisen, einfache Produktionsweisen und kapitalistische Produktionsweisen existieren nebeneinander und stehen in enger Beziehung. In diesem Beziehungsgeflecht gibt es dominierende und untergeordnete Produktionsweisen (z.B. feudale oder kapitalistische) (vgl. Han 2002: 8f). Diese Sichtweise wird befürwortet, da sie externe Faktoren, wie Machtbeziehungen, politische und sozioökonomische Aspekte, als auch die ungerechte Verteilung der Gesundheitsressourcen beachtet (vgl. Kleinman 1980: 48). Diese Perspektive wird heute allerdings dahingehend kritisiert, sich auf den kapitalintensiven biomedizinischen Sektor zu fokussieren und andere Arten der Medizinen nicht zu beachten (vgl. Baer 2004: 110f).

Neben der Entwicklung der soziokulturellen Wissenschaftsrichtungen innerhalb der Medical Anthropology entstand in den 1950ern auch die „biokulturelle“ oder „ökologische“ Perspektive, heute auch als „ökologisch-evolutionärer“ Ansatz oder „medical ecology“ bekannt, die eine Brücke zwischen Kultur und Biologie baut. Hier geht es um Themen wie Evolution, natürliche Selektion, Genetik, Ökonomie und kulturelle Adaption sowie die kurz- bzw. langfristigen Auswirkungen dieser Interaktionen auf den Gesundheitsstatus von Menschen (vgl. Brown 1998: 6, Janzen 2002: 32f, Foster und Anderson 1978: 1). Grundlegend ist hier die Aussage, dass sich Organismen an Veränderungen der Umwelt anpassen und genetischen Veränderungen unterliegen können. Auch eine menschliche Kultur

wird als ein Organismus gesehen, der einer ständigen Adaption unterliegt und damit auch von einer Veränderung ihrer medizinischen Kultur begleitet wird (vgl. Janzen 2002: 32f). Gesundheit und Krankheit wird hier als ein Maß gesehen, wie effektiv sich eine soziale Gruppe unter Verwendung von soziokulturellen und biologischen Ressourcen auf ihre Umwelt eingestellt hat sowie als Ergebnis der Interaktion zwischen soziokulturellen Strukturen, menschlicher Physiologie und Ökologie.

Während Forschungsreisen nach Asien in den 1950ern wurden Medizinanthropologen erstmals mit dem Phänomen des medizinischen Synkretismus und damit auch mit dem Thema Medizinpluralismus konfrontiert. "In short, the syncretism between Ayurveda and cosmopolitan medicine which anthropologists first noted in rural India in the 1950s was a far-reaching and long-standing aspect of Indian society, and it has greatly affected the ways people interpret illness. In South Asia today syncretism practitioners of Ayurveda and Yunani medicine far outnumber physicians with degrees from cosmopolitan medical colleges" (Leslie 1992: 179). Es wurde erkannt, dass die medizinischen Traditionen Asiens von einer humoralpathologischen Philosophie geprägt waren, welche sich den medizinischen Raum mit der Biomedizin, die entsprechend der lokalen Bedürfnisse modifiziert wurde, teilte (vgl. Leslie und Young 1992: 7). Technologische und strukturelle Elemente wurden aus der Biomedizin entnommen, um Schulen, professionelle Vereinigungen und pharmazeutische Unternehmen zu gründen, mit dem Ziel traditionelles Wissen reinterpreten zu können (vgl. Leslie 1992: 179). Mit dieser Tatsache erfuhr die Beachtung des medizinischen Pluralismus vermehrt Aufmerksamkeit.

### 3.2.2. 1960er und 1970er

In den 1960ern konzentrierten sich Anthropologen v.a. auf kulturvergleichende Studien und auf die Untersuchung von medizinischen Versorgungssystemen der einzelnen Gesellschaften. Dabei mangelte es jedoch noch an theoretischen Herangehensweisen für die medizinanthropologische Untersuchung (vgl. Janzen 2002: 35). Dabei richteten sie ihren Blick auf existierende

Krankheitsvorstellungen und Behandlungspraktiken mit dem Ziel, die allgemeine Natur des Menschen bezüglich des Verhaltens bei Krankheit verstehen zu können (vgl. Janzen 2002: 35), ohne dabei einen theoretischen Hintergrund zu haben und ohne dabei auch die Vorstellungen über Gesundheit, Gesundheitserhaltung, Prävention ebenso wie die Beziehungen der Beteiligten zueinander zu beachten (vgl. Kleinman 1980: 53, 43). Der Mangel an medizinanthropologischen Forschungstheorien führte zur Verwendung von biologischen Konzepten und Theorien aus den Bereichen der Pathologie, der Epidemiologie, der Ökonomie als auch der klinischen Psychologie (vgl. Leslie 1978: 65).

Einer der ersten Ansätze, der Organisation von Gesundheitsversorgung Beachtung zu schenken war, die vorherrschenden kulturellen und sozialen Muster und Merkmale einer Tradition zu untersuchen. Das Ziel dabei war, Auskunft über die in der Geschichte entstandenen und auch heute gültigen, charakteristischen, Wege, um Krankheiten identifizieren, klassifizieren und Behandlungen organisieren zu können, zu erhalten (Janzen 2002: 213). Ende der 1960er und in den 1970ern kam es zur Entwicklung einer Vielzahl an Theorien für die Untersuchung von Gesundheitssystemen. Ein bestimmtes Forschungsfeld zu dieser Zeit war die Erforschung der Voraussetzungen für die Verwendung bestimmter Medizin. Als Ergebnis dieser Untersuchungen wurde betont, dass es eine gewisse Rangfolge in der Auswahl bestimmter Behandlungen gibt (vgl. Greifeld 2003: 8), welche manchmal die „Hierarchie der Ressorts“ genannt wird. Menschen gehen während der Suche nach einer entsprechenden Gesundheitsversorgungsmöglichkeit nach Prinzipien vor, die einer kulturellen Logik folgen (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 336). Dieses Konzept wurde 1969 von Romanucci-Ross entwickelt, um in Melanesien Sequenzen der Heilungssuche und unterschiedlicher Konsultationen bei medizinischen Ausübenden zu beschreiben (vgl. Janzen 2002: 220). „The notion of hierarchy here is that choices are made in a particular order according to ideas about cause, diagnosis, and appropriate therapy; how severe the illness seems; and the individual's ethnicity, class, and level of education“ (MacElroy und Townsend 2003: 336). Wenn Menschen feststellen, dass sie sich krank fühlen, handeln sie



aufgrund dieser Wahrnehmung und suchen medizinische Betreuung auf, ein Phänomen, welches als das Krankheitsverhalten definiert wird und damit die Akzeptanz einer kranken Rolle und die Suche nach einer therapeutischen Maßnahme mit einschließt. Brown stellt fest, dass die Hierarchie im Allgemeinen mit der Suche nach Lösungen im Zuhause beginnt, schlägt diese Behandlung fehl, so rückt der Patient in der Hierarchie weiter und sucht in Folge einen gewissen Gesundheitsspezialisten auf. Je nach Gesellschaft endet der zweite Schritt bei einem biomedizinischen Arzt oder einem Volksheiler. Bleibt die Heilung dennoch erfolglos und sind finanzielle Ressourcen vorhanden, wird der Patient die Behandlung von einem weiteren, spezialisierten, Praktiker beanspruchen (vgl. Brown 1998: 145).

Anfang der 1970 prägte Charles Leslie den Terminus „Medizinsystem“ und deutete damit darauf hin, dass jede Medizin ein abgeschlossenes System ist. Um das Gesundheitsverhalten von Menschen untersuchen zu können und einen Vergleich zwischen Medizinsystemen anstellen zu können, weist Leslie auf die Notwendigkeit hin, sowohl biologische, wie auch kulturelle und soziale Aspekte zu beachten. Die biologische Annäherung ist notwendig, um die Konzepte von Krankheit und Gesundheit, welche Teil eines medizinischen Systems sind, erkennen zu können, die kulturelle Annäherung, um das Wissen einer Gesellschaft über Medizin, Ökologie, Ernährung, Pathologie und die Verwendung von verschiedenen Gesundheitspraktiken untersuchen zu können und die soziale Annäherung, um die Beziehungen und Machtstrukturen in gesundheitlichen und medizinischen Belangen zu beleuchten. Leslie postuliert ebenfalls, dass in einer Gesellschaft verschiedene Medizinsysteme koexistieren, welche unterschiedliche Spezialisierungen haben, verschiedene soziale Schichten ansprechen und unterschiedliche ideologische Interessen vertreten (vgl. Leslie 1976: 10f). Kleinman kritisiert die Verwendung dieses Medizinsystem-Konzepts und schlägt stattdessen vor, von Gesundheitssystemen zu sprechen.

In den USA wurde 1971 die „Society for Medical Anthropology“ gegründet (vgl. Joralemon 1999: 11), womit auch die Zahl der Forschungen und Publikationen

anstiegen und damit auch die Entwicklung medizinanthropologischer Theorien für die Untersuchung von medizinischen Versorgungssystemen (vgl. Leslie 1978: 65). Vor diesem Hintergrund wurde 1978 eine Konferenz organisiert, um die Problematik der fehlenden Theorien bei der Untersuchung von Gesundheitssystemen zu diskutieren und theoretische Grundlagen für eine vergleichende Wissenschaft zu entwickeln. Es wurden u.a. Fragen gestellt, wie man historische Strukturen von Medizinsystemen analysieren kann und Fragen zum Prozess der Veränderung, der Entwicklung und der Kontinuität medizinischer Traditionen gestellt, um den Vergleich medizinischer Systeme voran zu treiben. Der thematische Hintergrund dieser Zusammenkunft war die Tatsache, dass alle zeitgenössischen Gesellschaften eine komplexe Organisation diverser medizinischer Traditionen und Praktiken erkennen lassen (vgl. Leslie 1978: 65). Die Konferenz „was most concerned with concepts for analyzing the complex systems composed of plural medical traditions that exist throughout the world today. An assumption of the conference was that these systems are best understood in broad historical and comparative perspective“ (Leslie 1978: 66). Während dieser Konferenz, auf die ich im Anschluss eingehe, haben Kleinman und andere Personen diverse Konzepte und Modelle für die systematische Untersuchung von Gesundheitssystemen vorgestellt.

Wie schon erwähnt war auch Arthur Kleinman ein Teilnehmer dieser Konferenz, um Beiträge für den Vergleich von Gesundheitssystemen einzubringen. U.a. stellte er das „Drei-Sektoren-Modell“ vor, um eine kulturübergreifende Möglichkeit für die Untersuchung struktureller und funktioneller Aspekte von individuellen Gesundheitssystemen zu schaffen (vgl. Kleinman 1978: 85). Dieses Modell bringt die biokulturelle mit der soziokulturellen Perspektive in Verbindung und dient zur Untersuchung der inneren Struktur von Gesundheitssystemen mit ihren einzelnen Elementen und deren Beziehung zueinander (vgl. Kleinman 1978: 90, 1980: 49). Die drei Sektoren bestehen aus dem „popular sector“, dem „professional“ als auch dem „folk sector“ und sind in den meisten Gesundheitssystemen enthalten. Diese Sektoren stellen soziale Bereiche dar, welche sich überlappen, miteinander interagieren, in denen

Krankheiten erfahren und interpretiert werden sowie die Reaktion darauf (vgl. Kleinman 1978: 86f, 1980: 49ff).

Der „Populärsektor“ stellt den größten Bereich eines Gesundheitssystems dar; er enthält das erkrankte Individuum, dessen Familie und sein soziales Netzwerk mit deren gemeinsamen Vorstellungen und Aktivitäten. Es ist der laienhafte, nicht-professionelle, nicht-spezialisierte Bereich, indem Symptome zuerst wahrgenommen, definiert und bewertet werden, um anschließend über eine entsprechende Gesundheitsversorgung entscheiden zu können. Hier werden die meisten Beschwerden behandelt, es ist der Bereich der unbezahlten Tätigkeiten, der Selbstbehandlung und der Verwendung von Hausmitteln, der Pflege innerhalb der Familie und dort wo Ratschläge von Freunden Bedeutung haben. Ebenfalls findet im Populärsektor die Entscheidungsfindung über die Verwendung bestimmter therapeutischer Maßnahmen eines anderen Sektors, wie auch die Diskussion über dessen Effektivität und Zufriedenheit statt. Da in diesem Sektor 70 bis 90% der Aktivitäten bezüglich Gesundheit stattfinden, gilt dieser als der Wichtigste (vgl. Kleinman 1980: 50ff). Der professionelle Sektor wird durch die Biomedizin und von professionalisierten, indigenen Heiltraditionen bestimmt. In den meisten Gesellschaften besteht dieser Sektor aus Anbietern der Biomedizin; China und Indien liefern allerdings ein Beispiel für ein Gesundheitssystem, indem neben dem biomedizinischen auch professionalisierte, indigene Medizinsysteme (z.B. TCM und Ayurveda) enthalten sind (vgl. Kleinman 1980: 53f). Diesem Sektor wird zugeschrieben, professionell, sehr organisiert und stark hierarchisch gegliedert zu sein; er beinhaltet u.a. verschiedene medizinische Spezialisten, Pharmafirmen, Versicherungen und andere komplexe Institutionen. Dieses Wissen ist meist nicht jedem zugänglich und mit Kosten verbunden (vgl. Janzen 2002: 217, Kleinman 1978: 87). Der Volkssektor als dritter Sektor enthält nicht-bürokratisch organisierte Spezialisten und überschneidet sich mit den beiden anderen Sektoren eines lokalen Gesundheitssystems. Die Volksmedizin stellt eine Vermischung aus verschiedenen Elementen dar, welche sowohl aus dem professionellen, wie auch aus dem Populärsektor stammen können. In Gesellschaften, in denen es an Professionalisierung mangelt, bildet sich häufig das

gesamte Gesundheitssystem aus dem „folk“ und dem „popular“ Sektor. In Kleinmans Arbeit über Taiwan fallen u.a. Schamanismus, Rituale, Kräutermedizin, Körperübungen, traditionelle Chirurgie und Behandlungen in den Bereich der Volksmedizin (vgl. Kleinman 1980: 59). In diesem Sektor findet man nur wenig Institutionalisierung, es ist aber spezialisiertes Wissen vorhanden, welches gelehrt und weitergegeben wird (vgl. Janzen 2002: 217).

Kleinman zeigte, dass die innere Struktur der Gesundheitssysteme jeder Kultur zwar ähnlich ist, deren Inhalte sich jedoch aufgrund von unterschiedlichen sozialen, kulturellen und umweltbedingten Umständen unterscheiden (vgl. Kleinman 1980: 49). Jede Praktik, die zur Gesundheitsversorgung verwendet werden kann, ist in einer dieser drei Sektoren lokalisierbar; dabei wird aufgezeigt, welche Praktiken in einer Gesellschaft dominieren oder marginalisiert werden (vgl. Janzen 2002: 217). In dem sich Menschen zwischen diesen Sektoren bewegen, interagieren diese drei sozialen Bereiche und stehen dadurch miteinander in Beziehung (vgl. Kleinman 1980: 60). Entscheiden sich Menschen dazu, in den „professional“ oder in den „folk“ Sektor einzutreten, werden sie mit Vorstellungen und Werten der jeweiligen Anbieter konfrontiert, die sich von den eigenen unterscheiden (vgl. Kleinman 1980: 52). Um diese unterschiedlichen Vorstellungen und deren Auswirkung in der Interaktion untersuchen zu können, hat Kleinman 1980 das Konzept der „Explanatory Modells“ entwickelt, auf welches ich im nächsten Abschnitt eingehen möchte (vgl. Kleinman 1980: 71 ff).

John Janzen war ein weiterer Teilnehmer dieser Konferenz. Um Gesundheitssysteme untersuchen zu können, schlug er eine Kombination von makroanalytischen mit mikroanalytischen Aspekten vor. Die mikroanalytische Ebene fokussiert die grundlegenden Elemente eines Medizinsystems wie auch die Art der Krankheitswahrnehmung, Diagnosekategorien und verschiedene Arten der Therapien in Bezug auf eine bestimmte Gemeinschaft, ein bestimmtes klinisches Setting oder auf einen bestimmten zeitlichen Rahmen. Auf dieser Ebene wird das Gesundheitssystem so beschrieben, dass medizinischen Handlungen, Konzepte und Entscheidungsfindungen durch soziale Rollen und Beziehungsmuster

beeinflusst und strukturiert werden. Veränderungen dieser Strukturen auf einer mikroanalytischen Ebene sind schwer zu untersuchen und erst im Laufe der Zeit dokumentierbar (vgl. Janzen 1978: 121). Die Untersuchung struktureller Gegebenheiten und Veränderungen der medizinischen Gegebenheiten findet auf einer makroanalytischen Ebene statt, wobei Aspekte wie Machtausübung, Autorität und Ressourcenverteilung untersucht werden, die mit staatlichen und professionellen Organisationen, mit akademischen medizinischen Establishments, mit politischen und populären Bewegungen in Zusammenhang stehen und weiters ökonomische und ökologische Faktoren beachten. Diese Aspekte beeinflussen ebenfalls die medizinische Pluralität. Auf dieser Ebene stellt sich die Frage, inwieweit sich diese Faktoren auf individuelles Verhalten auswirken. Durch die integrative Betrachtung der Mikro- und Makroebene kann der Umgang mit einem pluralistischen Gesundheitssystem und dessen Veränderungen im Laufe der Geschichte dokumentiert werden (vgl. Janzen 1978: 121). Janzen entwickelte Ende der 1970er ein weiteres Konzept, bei dem es sich um Therapiemanagement handelt. Sein Konzept der „therapy managing group“ beschreibt den Prozess der Verhandlungen über die Verwendung therapeutischer Ressourcen und enthält - abgesehen vom erkrankten Menschen - auch jene Gruppe von Personen, die am Entscheidungsfindungsprozess und an der Betreuung beteiligt sind (vgl. Janzen 2002: 295). Familienmitglieder, Älteste, Freunde und andere Personen können Teil der „therapy managing group“ sein (vgl. Janzen 1978: 4, Greifeld 2003: 62). Dieses Konzept findet nach Janzen v.a. dort Anwendung, wo medizinische Ressourcen keiner Kontrolle einer professionellen Elite unterliegen, oder dort wo Medizin pluralistisch ist und der Erkrankte und ihm nahe stehende Personen Entscheidungen darüber treffen, welche Aktion als nächste zu setzen ist (vgl. Janzen 2002: 220). Die Entscheidung für eine bestimmte Behandlung hängt von zahlreichen Faktoren wie Geschlecht, Alter, geographische Nähe von Gesundheitseinrichtungen, vorhandene finanzielle Mittel, antizipierte Krankheitsursachen usw. ab. An dieser Entscheidung ist der Betroffene jedoch nicht alleine beteiligt, sondern wird auch von seiner „therapy managing group“ beeinflusst (vgl. Greifeld 2003: 62).

Unschuld schreibt 1975 in einem Artikel über die Situation der verschiedenen, koexistierenden Heilsysteme sowie über die Problematik des Transfers der Biomedizin in Länder, wo ein anderes Weltbild bezüglich Krankheit vorherrschend ist. Er spricht in diesem Zusammenhang von „medizinischen Mitteln“. „Medizinische Mittel“ enthalten alle verfügbaren Mittel, „die zur Befriedigung medizinbezogener Bedürfnisse herangezogen werden“ können (Unschuld 1975: 1). Diese beinhalten als „primäre medizinische Mittel“ einerseits medizinisches Wissen, medizinische Fähigkeiten, Arzneimittel, medizinische Einrichtungen und Technologien, sowie andererseits „sekundäre Mittel“ wie materielle und immaterielle Vergütungen die durch die medizinischen Leistungen entstehen (vgl. Unschuld 1975: 2, 1977: 249f). Der Besitz, die Verteilung und der Zugang zu diesen medizinischen Mitteln unterliegen einer gewissen Kontrolle und einer ständigen Veränderung dieser Gegebenheiten (vgl. Unschuld 1975: 2). Dort wo die Kontrolle der medizinischen Mittel v.a. den medizinischen Praktikern vorbehalten ist, spricht man von „einem hohen Grad der Professionalisierung“ im Gegensatz zu Regionen, „wo die Kontrolle über die verfügbaren Mittel einer Gesellschaft weitgehend in den Händen der allgemeinen Bevölkerung liegt, da sprechen wir von einer geringfügigen Professionalisierung der jeweils vorhandenen heilkundlichen Tätigkeit“ (Unschuld 1977: 249f).

Auch Foster und Anderson schreiben in den 1970ern über Krankheitsverhalten und Medizinsysteme. Sie betrachten Gesundheitsverhalten als eine rationale Antwort auf wahrgenommene Krankheitsursachen. Auch sie sehen eine kulturvergleichende Herangehensweise als am besten geeignet, um die Struktur und die Dynamiken von Gesundheitsverhalten untersuchen und damit auch Gemeinsamkeiten, welche jedem Medizinsystem zugrunde liegen, darstellen zu können (vgl. Foster und Anderson 1978: vf). Betont werden die soziokulturellen Komponenten und wie sich im Laufe der Zeit soziale Institutionen, Theorien über die Ätiologie und therapeutische Techniken entwickelt und verändert haben (vgl. Foster und Anderson 1978: 33). Foster und Anderson schreiben jeder Gesellschaft ein einziges Medizinsystem zu, welches jedoch diverse „Subsysteme“, wie das medizinische Bildungssystem, ein öffentliches Gesundheitssystem, ein

medizinisches Forschungssystem u.a. beinhaltet und diverse Funktionen hat. Ein Medizinsystem konstituiert sich ihrer Meinung nach, zumindest aus den beiden Kategorien „disease theory system“ und das „health care system“. Diese beiden Kategorien sollen dem kulturübergreifenden Vergleich dienen, um entsprechende Daten für die Analyse sammeln zu können (vgl. Foster und Anderson 1978: 37f). „All disease causality systems are, in large part, rational and logical, in that curing techniques are functions of, or stem from, a distinctive conceptual organization of ideas about causes“ (Foster und Anderson 1978: 37). Ein „disease theory“ System umfasst die Vorstellungen über Krankheitsursachen, das Wissen über Arzneien und Heilungstechniken sowie deren Anwendungen und stellt diesbezüglich diverse Kategorien für eine logische Verwendung entsprechender Behandlungen zur Verfügung. Das Gesundheitssystem auf der anderen Seite bezieht sich auf die Art und Weise, wie Gesellschaften mit der Betreuung von kranken Menschen umgehen, wie das medizinische Wissen genutzt wird und stellt überdies eine soziale Institution dar, welche diverse Beziehungen, wie die Beziehung zwischen Arzt und Patient, beinhaltet (vgl. Foster und Anderson 1978: 37). „A health care system obviously reflects the logical and philosophical characteristic of the disease causality system with which it is linked...“ (Foster und Anderson 1978: 37). Foster und Anderson betonen, dass diese beiden Subsysteme getrennt von einander untersucht werden können. Die Trennung dieser Kategorien sehen die Autoren als sinnvoll, indem sie uns hilft, die Stärken und Schwächen eines Gesundheitssystems, wie auch dessen Veränderungen, wahrnehmen zu können (vgl. Foster und Anderson 1978: 37).

Ein weiteres, von Foster und Anderson, erwähntes Konzept, welches auch in der gegenwärtigen Literatur in Bezug auf das Thema Medizinpluralismus angeführt wird, bezieht sich auf Ätiologien der Krankheiten. Foster und Anderson schufen die beiden Kategorien „personalistic“ und „naturalistic“, um damit vor allem unterschiedliche Vorstellungen über die Krankheitsursachen ansprechen zu können, aber auch um einzelne Medizinen kategorisieren zu können. „Persönliche Medizinsysteme“ gehen davon aus, dass die Krankheitsursachen absichtlich durch einen Handelnden hervorgerufen werden, das können „übernatürliche“ Wesen wie

Gottheiten, Geister, Ahnen oder böse Mächte, aber auch Menschen, wie Hexer oder Zauberer sein (vgl. Foster und Anderson 1978: 53). Diese Systeme benötigen entsprechende Heilerpersönlichkeiten wie Schamanen, Wahrsager oder andere Persönlichkeiten mit „übernatürlichen“ oder „magischen“ Fähigkeiten, um die Krankheitsursache und insbesondere das Wesen, welches hinter der Krankheit steckt, bestimmen zu können. Diese Systeme haben ein umfassenderes Erklärungsmodell für das gesamte, individuelle Kranksein, während sich natürliche Systeme ausschließlich auf Krankheit konzentrieren (vgl. Foster und Anderson 1978: 67). „Natürliche“ oder „empirische“ Medizinsysteme, wie sie auch genannt werden, drücken Krankheitsursachen in unpersönlichen Termini aus. Hier steht meist das Gleichgewicht des Menschen im Vordergrund, wobei meist humoralpathologische Aspekte angesprochen werden (vgl. Foster und Anderson 1978: 53f). Diese Systeme verlangen nach anderen Arten von Heilern, wie z.B. Ärzte oder Kräuterkundige, welche Arzneien und Behandlungen anzuwenden wissen, um das körperliche Gleichgewicht wieder herstellen zu können (vgl. Foster und Anderson 1978: 67). Zu diesen Systemen zählen die Autoren, die großen Traditionen Griechenlands, Indiens und Chinas (Foster und Anderson 1978: 56). Diese beiden Systeme können sich allerdings auch überschneiden. So kann ein Mensch die meisten Krankheiten mit natürlichen Ursachen, wie aufgrund von Zufall oder Unfällen assoziieren. Derselbe Mensch kann allerdings Missbefinden auch „übernatürlichen“ Krankheitsursachen, wie Hexerei oder dem bösen Blick, zuschreiben. Obwohl sich diese beiden Perspektiven überschneiden können, gehen Menschen ihrer Meinung meistens entweder von der einen oder der anderen Annäherung nach (vgl. Foster und Anderson 1978: 54, Foster 1998: 113).

In den 70ern wurden in der Medical Anthropology v.a. klassische Ethnographien über Krankheitsvorstellungen, Heilrituale und Kräutermedizin in „exotischen“ Kulturen geschrieben. Medizinanthropologen folgten aber auch ökologischen Annäherungen und betonten dabei, dass Krankheit und die natürliche wie auch die soziokulturelle Umwelt wichtige Faktoren in der menschlichen Evolution darstellen (vgl. Foster und Anderson 1978: 13, MacElroy und Townsend 2003:



xi). Medizinanthropologen, welche im angewandten Bereich der Medizinanthropologie arbeiteten, leisteten einen Beitrag, um kulturübergreifende Kommunikation in „public health“ Projekten zu verbessern. Um diese unterschiedlichen Annäherungen zusammenführen zu können, schlugen MacElroy und Townsend vor, das Konzept der „medizinischen Ökologie“ zu verwenden, welches ein Stück in weiterer Folge vorgestellt wird (vgl. MacElroy und Townsend 2003: xi). Einige der vorgestellten Theorien spielen, wie wir noch sehen werden, auch heute noch eine wichtige Rolle in der Untersuchung von Gesundheitssystemen.

### 3.2.3. 1980er

Das Forschungsinteresse in der Medical Anthropology lag auch in den 80er Jahren des 20. Jhdts. v.a. noch auf dem Vergleich außereuropäischer Medizinkulturen (vgl. Greifeld 2003: 17, Janzen 2002: 38). Es stand allerdings nicht mehr die Suche nach medizinischen Traditionen im Vordergrund, sondern eher die Erforschung des praktischen Umgangs mit den jeweiligen Medizinen, wobei aber auch schon vermehrt das Phänomen des „Medizinpluralismus“ wahrgenommen wurde. Untersuchungen in dieser Zeit gingen weniger von der in den 1960ern erwähnten Annahme einer Rangfolge bei der Verwendung von diversen Medizinen aus, sondern vielmehr davon, dass es auf die Art der Erkrankung ankommt, welche Behandlungsform Verwendung findet (vgl. Greifeld 2003: 118, Worsley 1982: 333). Da es ein beträchtliches Repertoire an medizinischen Möglichkeiten gibt, welche von den Menschen kritisch, je nach Situation verwendet werden, setzt sich Worsley dafür ein, eher von medizinischen Ressourcen, als von medizinischen Systemen zu sprechen (vgl. Worsley 1982: 333). Während der Suche nach der zutreffenden Ressource geht es in erster Linie nicht darum, welche Art der Medizin Verwendung finden soll, sondern es steht die Linderung von Beschwerden und das Genesen im Vordergrund (vgl. Worsley 1982: 333, Janzen 1978: 121ff), weshalb die betroffenen Personen eher pragmatisch, flexibel und experimentierfreudig bei der Entscheidungsfindung vorgehen. Die Entscheidungsfindung wird sowohl von der Art der Erkrankung beeinflusst, wie auch von den laienhaften Ratschlägen der „therapy managing

group“ innerhalb des familiären, freundschaftlichen und nachbarschaftlichen Netzwerkes. Wichtig sind nach Worsley auch die Meinungen derer, welche bereits Erfahrung mit ähnlichen Beschwerden hatten und deren Erfahrungen bei vorangegangenen Verwendungen bestimmter Medizinarten (vgl. Worsley 1982: 336). Eine andere wichtige Rolle spielt die Erreichbarkeit der diversen medizinischen Ressourcen, wobei sowohl die finanziellen Kosten, wie auch die geographische Entfernung angesprochen werden (vgl. Greifeld 2003: 118).

Kleinman geht davon aus, dass Gesundheitssysteme pluralistische Systeme sind, welche unterschiedliche Glaubensvorstellungen und therapeutische Wahlmöglichkeiten enthalten. Um diese unterschiedlichen Vorstellungen und deren Auswirkung auf die Interaktion der Beteiligten untersuchen zu können, hat Kleinman, wie bereits erwähnt, das Konzept der „Explanatory Models“ entwickelt (vgl. Kleinman 1980: 87ff). Hier handelt es sich um personenbezogene Erklärungsmodelle, die für unterschiedliche Abschnitte, welche während einer Erkrankung erfahren werden, Interpretationsmöglichkeiten zur Verfügung stellen. Diese Erklärungsmodelle umfassen die Ätiologie eines Missbefindens, Erklärungen für den Beginn und die Art der Symptome, die Pathologie<sup>11</sup>, die Annahmen über den Verlauf der Krankheit, wie auch die Erklärung dafür, was im Krankheitsfall zu unternehmen ist bzw. welche Behandlung ausgewählt werden soll (vgl. Kleinman 1980: 87f). Weitere wichtige Aspekte, welche dieses Modell anspricht, sind die Qualität der Beziehungen der Beteiligten zueinander und die Art der Kommunikation (z.B. psychologische, soziologische, mechanische, psychosomatische, spirituelle, moralische Kommunikationsebene), die Art wie Erklärungsmodelle für die Kommunikation über bestimmte Krankheiten verwendet werden (werden sie von einer Gruppe geteilt oder sind es individuelle Vorstellungen), wie sich die klinische Realität gestaltet (sekulär oder sakral, Konzentration auf die Krankheit oder auf das Krankfühlen des Individuums), therapeutische Erwartungen (bezüglich der Art der Behandlung) als auch die Vorstellung über die Verantwortung für die Heilung (liegt sie bei dem Erkrankten selbst, bei seiner Familie, in der Gemeinschaft oder beim medizinischen Anbieter)

---

<sup>11</sup> Pathologie: “Wissenschaft vom kranken Menschen, von den Krankheiten” (Fremdwörterbuch: 1992: 287)

werden angesprochen (vgl. Kleinman 1980: 207f). Die diversen Beziehungen innerhalb der Gesundheitsversorgung können als Transaktionen zwischen verschiedenen „Explanatory Models“ betrachtet werden (vgl. Kleinman 1978: 88). Die Beteiligten der von Kleinman angesprochenen Sektoren besitzen unterschiedliche Erklärungsmodelle für bestimmte Krankheitsepisoden. Diese sprechen, wie wir gesehen haben, die Bereiche der Krankheitsursachen, den Bereich der Symptome, die Pathophysiologie, den Krankheitsverlauf und die Behandlungen an (vgl. Kleinman 1980: 87f) und sind mit unterschiedlichen Wissenssysteme und Werten verbunden. Jeder Sektor bietet Erklärungsmodelle und selbst innerhalb eines Sektors existieren unterschiedliche Modelle. Treffen sehr unterschiedliche Modelle aufeinander, können Konflikte entstehen, welche sich in unterschiedlichen Erwartungen, missverständlicher Kommunikation und schlechter klinischer Betreuung, Verständigungsschwierigkeiten und Unzufriedenheit äußern (vgl. Kleinman 1978: 88ff). Dieses Konzept dient dem kulturübergreifenden Vergleich, um systematisch ethnographische Daten sammeln zu können. Es wird verwendet, um einerseits bestimmte Details einer gegebenen Praktiker-Patienten-Beziehung in einem der Sektoren beschreiben zu können oder andererseits für den Vergleich unterschiedlicher therapeutischer Beziehungen. Diese Kategorien ermöglichen es laut Kleinman, universelle und kulturspezifische Aspekte erkennen zu können (vgl. Kleinman 1980: 207f).

Die wichtigste Kritik an diesem Modell ist jene, dass politische und ökonomische Gegebenheiten, welche die Krankheitserfahrungen und den Zugang zu bestimmten Therapien beeinflussen, vernachlässigt werden (vgl. Leslie und Young 1992: 8). Kleinman betont zwar schon die Wichtigkeit externer Faktoren, welche jedoch nicht in seine Modelle einfließen. Sein Beitrag dazu ist eine Auflistung dieser externer Faktoren, welche politische, ökonomische, historische, technologische und umweltbedingte Aspekte mit einschließen und dabei auch geographische, klimatische und demographische Aspekte, Umweltprobleme wie Hungersnöte und Überschwemmungen, Umweltverschmutzung, landwirtschaftliche und industrielle Entwicklungen usw. ansprechen (vgl. Kleinman 1980: 27, 45f; Kleinman 1978: 86). Das Modell der „Drei Sektoren“ ist

nach Janzen dafür geeignet, die grundlegende Kohärenz einer Medizintradition zu beschreiben, ignoriert dabei aber wichtige ökonomische, politische und ideologische Aspekte einer Gesellschaft, welche auf den gesundheitlichen Bereich Einfluss haben (vgl. Janzen 2002: 217). Um auch den Einfluss dieser Aspekte zu beachten, haben andere Studien versucht, den Medizinpluralismus aus einer politisch ökonomischen Perspektive zu erklären.<sup>12</sup> Hier werden die Verbindungen zwischen lokalen medizinischen Praktiken und sozioökonomische, wie auch politische Faktoren im nationalen und internationalen Kontext untersucht (vgl. Han 2002: 4). Diese Annäherungen wiederum werden allerdings kritisiert, die individuelle Sichtweise der Handelnden zu übersehen. Han setzt sich deshalb für eine Synthese der politisch-ökonomischen Sichtweise mit einer konservativ kulturellen Sichtweise ein und schlägt den kritischen Realismus als einen Weg vor, dieses Ziel zu erreichen (vgl. Han 2002: 4). Auf kritische Annäherungen werde ich im Bereich der 1990er genauer eingehen.

#### 3.2.4. 1990er bis jetzt

Zu Beginn der medizinanthropologischen Forschungen im 20. Jhdt. wurden medizinische Phänomene nur oberflächlich, oft in Zusammenhang mit Religion und Magie untersucht. Die Bereiche „Gesundheit“ und „Krankheit“ an und für sich rückten erst ab den 1950ern und 60ern in den Vordergrund des Forschungsinteresses (vgl. Joralemon 1999: 8). Im Laufe der Geschichte wuchs das Interesse der Forscher für die in der Geschichte entstandenen Theorien, wobei diese mehr reflektiert und neue Theorien entwickelt wurden, um die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung von Menschen gezielter analysieren und vergleichen zu können (vgl. MacElroy und Townsend 2003: xii). Bis in die 1970er wurde über die Muster von Gesundheitsverhalten und über den Konsum von Gesundheitsleistungen geschrieben. Es wurde klar, dass die Entscheidung über eine entsprechende Behandlung durch das kulturelle Verständnis von Krankheit und Gesundheit in der jeweiligen Gruppe geleitet wird (vgl. Cant und Sharma 1999: 22). Heute ist man viel tiefer in die Thematik eingedrungen; je nach

---

<sup>12</sup> Z.B. Libbet Crandon: “medical dialogue and the political economy of medical pluralism: a case from rural Highland Bolivia” in *American Ethnologist*, August 1986, Vol. 13, No. 3

wissenschaftstheoretischer Orientierung und Erkenntnisinteresse werden bei der Untersuchung des medizinischen Bereiches verschiedene Aspekte beachtet und spezifische Phänomene herausgenommen und untersucht. Es werden nicht nur individuelle Heilerpersönlichkeiten aufgesucht und deren Heilpraktiken analysiert und beschrieben, sondern Beachtung wird heute auch den Beziehungen den diversen medizinischen Anbietern zueinander geschenkt (vgl. Joralemon 1999: 61). Da der medizinische Bereich Teil der Kultur einer Gesellschaft ist, ist auch dieser dynamisch und verändert sich im Laufe der Zeit aus verschiedenen Gründen, was mit sich bringt, dass wir heute zahlreiche unterschiedliche medizinische Traditionen innerhalb einer Gesellschaft vorfinden, die nebeneinander existieren. Diese Tatsache weckte das Interesse, vermehrt das Phänomen des medizinischen Pluralismus zu untersuchen. In diesem Teil des Kapitels beziehe ich mich zunächst auf die vier bedeutendsten wissenschaftstheoretischen Richtungen, welche innerhalb der Medical Anthropology entstanden sind, bevor ich einige Aspekte den Medizinpluralismus betreffend anführe.

#### 3.2.4.1. Kultur-konstruktivistische/ Interpretative/ „meaning-centered“ Theorien

Diese Theorien betrachten eher die Mikroebene der Interaktionen zwischen Patienten und medizinischen Anbietern und untersuchen eher die Bedeutungen von medizinischen Phänomenen an sich, als nach wissenschaftlichen Erklärungen zu suchen. Mit diesen Theorien werden u.a. Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, oder auch die symbolische Bedeutungen im medizinischen Bereich untersucht (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 71). Es werden Fragen über die kulturellen Bedeutungen von Krankheit, Leben und Tod, Krankheitsursachen u.v.m. untersucht (vgl. Joralemon 1999: 11). Diese Analysen sind wichtig, da das Konzept von „Gesundheit“ in jeder Gesellschaft historisch geprägt, kulturell spezifisch und in die natürliche Umwelt, wie auch in soziale und ideologische Kontexte, eingebettet ist (vgl. Janzen 2002: 81). Interpretative Arbeiten in der Medical Anthropology werden kritisiert, den Bereich der Machtbeziehungen, wie auch politische, soziale und historische Prozesse, welche die Individuen beeinflussen, nicht zu beachten (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 72), sind

jedoch von Relevanz, da es bei Untersuchungen bezüglich Medizinpluralismus und dessen diversen Aspekten notwendig ist, die grundlegenden Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit zu kennen.

#### 3.2.4.2. Politisch-ökonomische oder kritische Theorien

Diese Theorien beachten eher die Makroebene mit den sozialen und politischen Einflüssen und die Auswirkungen von Machtbeziehungen auf die Gesundheit, wobei qualitative Forschungsmethoden im Vordergrund stehen und dabei meist eine marxistische Terminologie Verwendung findet. Geschätzt werden diese Theorien dafür, dass sie Faktoren wie soziale Klassenzugehörigkeit, Armut und Machtbeziehungen als auch anthropologische, historische, politische sowie ökonomische Aspekte beachten und diese als entscheidend für Gesundheit erkannt werden (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 72ff). In politisch-ökonomisch ausgerichteten Arbeiten wird sichtbar, inwieweit sich Ungleichheiten in der Verteilung des Reichtums und der Machtpositionen auf die Verfügbarkeit von medizinischen Ressourcen, wie auch auf die Verbreitung von Krankheiten auswirken (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 76). Diese Theorien werden beanstandet, sich zu sehr mit sozialer Kritik als mit historischen und ethnographischen Analysen zu befassen (vgl. Good 2003: 59). Indem diese Theorien auch sozioökonomischen Aspekten von Gesundheit Beachtung schenken und u.a. die Frage stellen, wie die Verteilung von Besitz und Macht sich auf den Zugang zu medizinischen Ressourcen auswirken, finden diese Theorien auch bei der Untersuchung des Phänomens Medizinpluralismus ihre Anwendung. Kritische Medizinanthropologen, welche sich auf die politische Ökonomie von Gesundheit beziehen, behaupten, dass die Erscheinung des Medizinpluralismus die hierarchischen Beziehungen in größeren Gesellschaften reflektieren. Muster der Hierarchie können auf klassen-, kasten-, ethnischen, regionalen, religiösen und genderbezogenen Unterschieden basieren (vgl. Baer 2004: 111).

### 3.2.4.3. Ökologische oder Ökologisch-evolutionistische und biokulturelle Theorien

Diese theoretische Richtung entstand in den 1950ern und hat seitdem viele Anhänger zu verzeichnen. Hier geht es um die Beachtung der Beziehungen zwischen Gesundheit, Gemeinschaft und Umwelt (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 8). Dieser Ansatz befasst sich mit der Interaktion zwischen Menschen, Gesellschaft und Umwelt in Bezug auf die kurz- und langfristigen Folgen auf die Gesundheit von Gesellschaften. Gesundheit und Krankheit sind ein Maß, wie effektiv sich eine soziale Gruppe unter der Verwendung von soziokulturellen und biologischen Ressourcen auf ihre Umwelt eingestellt hat. Diese Theorien werden oft kritisiert zu reduktionistisch zu sein, indem sie zu viele kulturelle Variablen außer Acht lassen und wichtige politische, ökonomische und historische Faktoren ignorieren. MacElroy und Townsend sehen diese Annäherung sinnvoll, da sie den Rahmen bietet, um menschliche Reproduktionsmuster, epidemiologische Veränderungen und unterschiedliche Zugänge zu Gesundheitsressourcen untersuchen zu können (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 74). Ökologische Untersuchungen konzentrieren sich auf die Analyse der Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen soziokulturellen Mustern, den biologischen und den die Umwelt beeinflussenden Gegebenheiten sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen, wobei evolutionistische Ansichten und das Konzept der Adaption im Vordergrund stehen (vgl. Joralemon 1999: 12). Aus einer ökologischen Perspektive heraus betonen MacElroy und Townsend die Beachtung der Auswirkungen von kulturellen Veränderungen (wie aufgrund von Flüchtlingsströmungen, oder Naturkatastrophen), auf die Gesundheitsversorgung und auf die Erscheinung des Medizinpluralismus (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 333). Seit Beginn der 1990er gewinnen auch politisch-ökologische Theorien in der Untersuchung von Gesundheitssystemen zunehmend Bedeutung. Hier werden sowohl die Makroebene wie auch die Mikroebene beachtet, wobei soziale und biologische Faktoren berücksichtigt werden (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 75).

#### 3.2.4.4. Applied Medical Anthropology

Diese Richtung spricht den angewandten Bereich innerhalb der Disziplin an. Medizinanthropologen sind hier oft an gesundheitsbezogenen Projekten beteiligt, indem sie als Mediatoren zwischen biomedizinischen Praktikern und Menschen mit anderen Krankheitsvorstellungen arbeiten (vgl. Joralemon 1999: 12).

Jede dieser vier Zugangsweisen arbeitet unabhängig voneinander, wobei Medizinanthropologen verschiedene Annäherungen formuliert haben, welche das Phänomen Medizinpluralismus in komplexen Gesellschaften wahrnehmen (vgl. Baer 2004: 110). Da bei der Erforschung von medizinischen Phänomenen kaum alle relevanten Aspekte beachtet werden können, bestimmt die gewählte Theorie, welche Fragen gestellt und welchen Aspekten Beachtung geschenkt werden sollen. Sie bietet die Rahmenbedingungen, um bestimmte Fragen beantworten zu können als auch Richtlinien für die Sammlung der entsprechenden Daten (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 71, Brown 1998: 6). Die Zugehörigkeit der Forscher zu einer dieser theoretischen Richtungen schränkt sie jedoch darin ein, theorieübergreifend und holistisch zu denken. Joralemon schlägt deshalb in seinem Werk „Exploring Medical Anthropology“ eine Integration dieser vier Perspektiven vor. Er möchte mit seinem Werk eine theoretische Annäherung schaffen, welche bei der Untersuchung von Gesundheit und Krankheit, sowohl ökologische, biologische und kulturelle Faktoren beachtet, wie auch politische und ökonomische Aspekte, welche Krankheitsmuster und den Zugang zu Gesundheitsressourcen beeinflussen, berücksichtigt (vgl. Joralemon 1999: 12). Ebenfalls weist Peter J. Brown auf die Nützlichkeit hin, alle vier genannten Annäherungen für die medizinanthropologische Forschung im Überblick zu haben<sup>13</sup> (vgl. Brown 1998: 6). Auch für eine holistische Untersuchung des

---

<sup>13</sup>Brown schreibt auch über theoretische Konzepte innerhalb der Medizinanthropologie und sieht zusammengefasst zwei grundlegende Annäherungen: die biokulturelle, welche Themen wie Evolution, Gesundheit und Medizin, die menschlichen biologischen Variationen, wie auch die kulturelle und politische Ökologie von Krankheit anspricht, und zweitens die kulturelle Perspektive, welche die „kritische Medizinanthropologie“ beheimatet und die logischen Kohärenten eines Gesundheitssystems, die soziale Konstruktion von Krankheit und Gesundheit, inkl. der Entscheidungsfindung aus kulturübergreifender Perspektive untersucht. Diese Annäherungen können sich gegenseitig ergänzen, sind aber nicht notwendigerweise an gleiche wissenschaftliche Annahmen gebunden (vgl. Brown 1998: 8f).



Medizinpluralismus, wäre eine Kombination dieser Wissenschaftstheorien sinnvoll.

Nachdem ich hier die wichtigsten, zeitgenössischen, theoretischen Perspektiven innerhalb der Medizinanthropologen vorgestellt habe, gehe ich jetzt dazu über, einige Faktoren den Medizinpluralismus betreffend, darzulegen.

### **3.3. Das Phänomen Medizinpluralismus**

Da Menschen meist unterschiedliche Vorstellungen über und mehrere Möglichkeiten haben mit Krankheit umzugehen, geht man heute von der Tatsache aus, dass in einer Gesellschaft verschiedene Medizinen nebeneinander existieren. Das Angebot an traditioneller, alternativer und komplementärer Medizin, wie auch der Biomedizin, bildet das pluralistische System einer medizinischen Kultur (vgl. Janzen 2002: 53, MacElroy und Townsend 2003: 334, Han 2002: 8). Im folgenden Abschnitt gehe ich auf einige grundlegende Aspekte ein, welche den Medizinpluralismus ansprechen. Ausgehend von Theorien über die Entstehung dieser Erscheinung, führe ich hin zur individuellen Entscheidungsfindung, welche Medizin Verwendung finden soll, was wiederum Licht auf die diversen Beziehungen der Akteure zueinander wirft und ebenfalls Erwähnung findet. Das Thema Medizinpluralismus spricht wie wir gesehen haben nicht nur unterschiedliche Medizinen an, sondern auch deren Zusammenarbeit, weshalb hier auch Gemeinsamkeiten und einige grundlegende Bereiche, die im Zentrum jeder Medizin stehen, angeführt werden. Bevor ich dazu übergehe die vielseitige medizinische Kultur Mexikos vorzustellen, finden am Ende dieses Kapitels einige Autoren Erwähnung, die in anderen Regionen zum Thema Medizinpluralismus geforscht haben.

#### 3.3.1. Die Entstehung des Phänomens „Medizinpluralismus“

In den wenigsten Gesellschaften war und ist der medizinische Bereich so einheitlich, dass nur ein einziges Paradigma herrscht, was die Annahme mit sich bringt, dass es in jeder Gesellschaft weltweit einen medizinischen Pluralismus gibt (vgl. Janzen 2002: 220). Ein Jahrhunderte langer Austausch von

medizinischen Praktiken führte zur Verdrängung, aber auch zur Vermischung und Koexistenz von vielen Arten der Medizinen. Diese weltweit vorzufindende Erscheinung ist u.a. ein Ergebnis aus Eroberung, Versklavung, Migration, Globalisierung, wie auch aus dem wachsenden Interesse der „westlichen“ Welt an alternativen Heilmethoden (vgl. Janzen 2002: 53, 236), aus dem heute ein globaler Markt mit diversen Gesundheitskonzepten und Behandlungsmethoden im Angebot, entstanden ist (vgl. Janzen 2002: 24). „Conquista, Kolonialisierungsperiode und Globalisierungsprozesse initiieren einen Transfer von Wissen und Bedeutungen. Kultureller Wandel bedeutet nicht nur den zwangsläufigen Verlust von etwas, sondern auch Ein- und Anpassung von Neuem in die eigene kulturelle Tradition“ (vgl. Puchegger-Ebner 2007: 28). Durch die Wanderung der Menschen mit ihren medizinischen Vorstellungen und der daraus resultierende weltweite, kulturelle Austausch, bricht mit der Annahme, dass jede Kultur seine eigene Medizin hat (vgl. Worsley 1997: 218). Baer erwähnt die steigende Stratifikation von Gesellschaften, welche unterschiedliche Bewertungsmuster in Bezug auf medizinische Behandlungen aufweisen, als Wurzel des Medizinpluralismus (vgl. Baer 2004: 109). Cant und Sharma sehen die Entstehung des Konzeptes „Medizinpluralismus“ im Kontext von anthropologischen und soziologischen Untersuchungen in Afrika, Lateinamerika, Asien und Melanesien. Dort war das biomedizinische Monopol in der Gesundheitsversorgung eher eine Ausnahme als die Norm, wobei erkannt wurde, dass unterschiedliche Wege bestehen, wie diverse medizinische Traditionen nebeneinander existieren, miteinander interagieren und die erkrankte Person, gemeinsam mit ihrem sozialen Netzwerk, Entscheidungen über eine entsprechende Behandlung treffen. Die Autorinnen deuten darauf hin, dass in diesen Regionen keine Studien über die biomedizinische Gesundheitsversorgung angestellt werden können, ohne dabei auch andere Medizinen zu berücksichtigen (vgl. Cant und Sharma 1999: 3f).

Der Medizinpluralismus einer Gesellschaft kann nur als eine dynamische Gegebenheit betrachtet werden, die ständigen Modifikationen unterliegt. Medizinische Praktiken und Vorstellungen erfahren dabei genauso, wie jeder

andere Bereich einer Kultur, regelmäßige Veränderungen (vgl. Janzen 2002: 236). Worsley hebt hervor, dass nationale Grenzen bei der Verbreitung von Medizinen heute keine Barriere mehr bilden und der globale Austausch zum Erhalt traditioneller Medizinen beiträgt (vgl. Worsley 1997: 239f). Der Aspekt, dass sich medizinische Traditionen zwar voneinander unterscheiden, sich aber auch gegenseitig beeinflussen, auch einzelne Elemente von anderen Traditionen übernehmen und sich den verändernden Bedürfnissen der Menschen anpassen, wird von Greifeld betont (vgl. Greifeld 2003: 14). Unschuld liefert ein brauchbares Beispiel für die Veränderung der TCM in China. Er betont die Veränderung der Art der Gesundheitsversorgung, wenn sich der ideologische Kontext und soziale Strukturen, die eine entsprechende Organisation der medizinischen Mittel legitimieren, ändern (vgl. Unschuld 1992: 45f). Veränderungen auf struktureller Ebene bringen allerdings nicht automatisch das Verschwinden der jeweiligen medizinischen Tradition mit sich. Zufriedene Anhänger und Anbieter einer Medizin werden diese auch weiterhin verwenden und zur Verfügung stellen (vgl. Unschuld 1992: 46).

Einige der existierenden Medizinen sind aus tausendjährigen Traditionen entstanden, andere hingegen können ein jüngeres Alter aufweisen (vgl. Janzen 2002: 24, Han 2002: 8). In Anbetracht des unterschiedlichen Alters der diversen Medizinen stellt sich die Frage, inwieweit bestimmtes medizinisches Wissen tatsächlich noch praktiziert wird oder nur mehr in historischen Überlieferungen zu finden ist. Die Bedeutung einer medizinischen Tradition wird dabei sowohl durch Handlungen von Menschen aufrechterhalten, kann aber auch in den Hintergrund geraten, wenn andere medizinische Vorstellungen wichtiger werden (vgl. Janzen 2002: 214). Einige Autoren argumentieren, dass der Medizinpluralismus auf einer individuellen, aber auch auf einer strukturellen Ebene betrachtet werden kann. Diese beiden Ebenen stehen miteinander in Zusammenhang, da strukturelle Gegebenheiten einer Gesellschaft nicht ohne individuelle Handlungen existieren können. Individuelles Krankheitsverhalten wird einerseits durch das Angebot verschiedener Heiltraditionen ermöglicht, andererseits sind es individuelle Handlungen, welche die Nachfrage und Veränderungen mit sich bringen (vgl. Han

2002: 6, Greifeld 2003: 60). Joralemon betont, dass es in kleinen Gesellschaften mit eher stratifizierten sozialen Systemen nicht ungewöhnlich ist, eine Mischung von Heilaktivitäten vorzufinden. Nicht jede Gesellschaft muss unbedingt eine große Vielzahl an Heilerpersönlichkeiten aufweisen. Oft werden unterschiedliche Methoden zur Heilung kombiniert und von nur einer Person ausgeführt (vgl. Joralemon 1999: 61). Brown betont folgenden Aspekt: "In technologically simple societies like band and tribes, with shaman as the principal healers, the medical system is integrated and often indistinguishable from the local religion. In technologically complex societies, the primary medical system is more likely to be secular; complex societies also are often characterized by the simultaneous practice of multiple medical systems or traditions, a situation called medical pluralism" (vgl. Brown 1998: 108). In kleinen Gesellschaften haben die meisten Menschen ähnliche Vorstellungen über die Bedeutung von Krankheit. In komplexeren Gesellschaften hingegen unterscheiden sich die Sichtweisen über die Bedeutung und das Management einer Krankheit aufgrund von Gruppenzugehörigkeit, durch unterschiedliche soziale Klassen oder Nationalitäten (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 333). Auch Worsley betont, je komplexer sich eine Gesellschaft gestaltet, umso größer ist auch die Zahl der unterschiedlichen angebotenen medizinischen Behandlungen (vgl. Worsley 1997: 239).

Der Medizinpluralismus ist u.a. deshalb so gegenwärtig, weil jede Medizin in der Behandlung von Krankheiten in einem gewissen Maße eingeschränkt ist und bestimmte Beschwerden nicht effektiv behandeln kann, weshalb Menschen sich dazu entscheiden, auch andere therapeutische Maßnahmen zu beanspruchen (vgl. Leslie 1992: 205). Dieser Zugang führt direkt zur Beachtung des individuellen Entscheidungsfindungsprozesses, auf den ich jetzt Bezug nehme.

### 3.3.2. Der Prozess der Entscheidungsfindung über die zu verwendende Medizin

Das Wissen über den Einfluss kultureller und sozialer Definitionen von Krankheit und Gesundheit auf das Gesundheitsverhalten wirft die Frage der individuellen Entscheidungsfindung über die zu verwendende Medizin auf (vgl. Cant und

Sharma 1999: 22). In der medizinischen Soziologie, wie auch in der Medizinanthropologie, werden u.a. die laienhaften Gesundheitsvorstellungen berücksichtigt und die Tatsache betont, dass Laien biomedizinische Definitionen über Gesundheit und Krankheit nicht unhinterfragt hinnehmen.

Cant und Sharma betrachten den pluralistischen Gebrauch von Medizinen und die diesbezügliche Entscheidungsfindung als einen komplexen Prozess, der sowohl die Wahrnehmung des Körpers, wie auch den Wunsch nach Beteiligung im Heilungsprozess beinhaltet (vgl. Cant und Sharma 1999: 35ff). Es sind die erlebten Erfahrungen bei Behandlungen von Beschwerden, die den Menschen dazu bringen auch weiterhin eine bestimmte oder eine andere Medizin zu beanspruchen. Die Autorinnen betonen, dass die Muster der Entscheidungsfindung nicht statisch sind, sondern sich im Laufe der Zeit verändern, sobald der Konsument von der Fähigkeit eines medizinischen Anbieters überzeugt ist. Weiters betonen sie, dass die gleichzeitige Verwendung mehrerer Medizinen eher die Norm als eine Ausnahme darstellt. Menschen wählen aktiv und bewusst aus dem medizinischen Angebot und verwenden die diversen Leistungen sehr selektiv bei bestimmten Krankheiten (vgl. Cant und Sharma 1999: 37).

Jede Gesellschaft hat Möglichkeiten die Gesundheit seiner Mitglieder durch deren Betreuung sicherzustellen. MacElroy und Townsend weisen darauf hin, dass durch die Beachtung von Faktoren, welche die Entscheidungsfindung beeinflussen, Rückschlüsse auf vorherrschende Werte, Prioritäten und Beschränkungen gezogen werden können. Um diesen Bereich des Medizinpluralismus untersuchen zu können, schlagen die Autoren das bereits erwähnte Modell der Hierarchie der Ressorts vor. Dabei heben die Autoren die primäre Verwendung der Biomedizin bei schwerwiegenden Krankheiten hervor, betonen aber auch die Wahrnehmung der Krankheitsursache als ausschlaggebend für den Entscheidungsprozess (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 336f). Gesundheitsverhalten geht darüber hinaus, eine Art von Professionalisten oder andere Personen im öffentlichen Bereich aufzusuchen. Bei weniger

schwerwiegenden Symptomen, wie Fieber, Bronchitis oder Kreuzschmerzen, sehen Menschen von einem Besuch bei einem biomedizinischen Spezialisten ab und wenden sich anderen Personen, wie dem Apotheker oder bekannten Menschen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, zu. Heute dienen auch die Medien als wichtige Informationsträger (vgl. Worsley 1997: 205).

„Die Entscheidung, wann und welche Therapie im Krankheitsfall in Anspruch genommen wird, hängt von einer Vielzahl von Faktoren wie Geschlecht, Alter, geographische Nähe von Gesundheitseinrichtungen, vorhandene finanzielle Ressourcen, antizipierte Krankheitsursachen usw. ab“ (vgl. Greifel 2003: 62). Um den Entscheidungsfindungsprozess analysieren zu können, schlagen andere Autoren vor, auch Janzens Konzept der „therapy managing group“ zu beachten. Erkrankte Personen vertrauen hier auf eigene, vorangegangene Erfahrungen, nehmen aber auch Ratschläge von ihnen nahe stehenden Menschen an und handeln danach (vgl. Greifeld 2003: 63, Worsley 1997: 205). Last betont, dass Menschen ihre Entscheidung aufgrund von Kosten, der Verfügbarkeit, aber auch aufgrund der Effektivität und der vorangegangenen Erfahrungen fällen, welche Form der Behandlung aufgesucht wird. Der Bereich der Entscheidungsfindung ist ein sehr dynamischer, da sich die Prioritäten, Erfahrungen und Risikoeinschätzungen der Menschen ändern. Im Mittelpunkt dieses Entscheidungsfindungsprozesses stehen die Beziehungen der beteiligten Akteure zueinander. Die Gestaltung dieser Beziehungen und die jeweiligen medizinischen Konzepte die dahinter stecken unterscheiden sich weitgehend, sowohl zwischen, aber auch innerhalb einer Nation, wie auch innerhalb einzelner Gemeinschaften (vgl. Last 1996: 387). Auf die Beziehungen der Beteiligten zueinander gehe ich in weiterer Folge genauer ein.

In erster Linie herrscht bei der Suche nach Schmerzlinderung allerdings Pragmatismus vor, wobei Menschen die jeweilige Behandlung über deren Effekt beurteilen. Sie achten darauf, wer sie mit der besten Medizin, für eine bestimmte Krankheitsepisode versorgen kann (vgl. Finkler 1998: 119, Cant und Sharma 1999: 34), ohne dabei ideologische Ansprüche in den Vordergrund zu stellen.

Dem Erkrankten geht es in erster Linie nicht darum Kosten zu sparen, sondern um Leiden zu erleichtern (vgl. Worsley 1997: 233, Buxbaum 2005: 170). Unschuld betont, dass sich in der individuellen Entscheidungsfindung über die Verwendung einer bestimmten Medizin, gewisse, in der Vergangenheit entstandene „Schemata der Inanspruchnahme herausgebildet haben“, jedoch stellt sich die Frage „ob die Faktoren, die die Bevölkerung bei ihrer Wahl beeinflussen, jeweils auf das beste medizinische Interesse des einzelnen hinzielen“ (Unschuld 1977: 248).

Die Biomedizin verlangt durch seine weltweite Vorherrschaft besondere Beachtung. Sie ist zwar eine eher jüngere Erscheinung, hat aber global gesehen den größten Einfluss auf die Gesundheitsversorgung (vgl. Worsley 1997: 239). Mit der europäischen Kolonialisierung gewann die Biomedizin an Prestige und hatte in dieser Weise auch Einfluss auf die traditionellen Medizinen weltweit. Damit ist es die Biomedizin, welche in vielen Ländern über die angebotenen Medizinen dominiert. Ihre Dominanz wird durch gesetzliche Reglementierungen legitimiert und räumt ihr gewisse Handlungsspielräume ein. Dadurch werden Praktiken anderer medizinischer Anbieter minimiert oder verhindert (vgl. Baer 2004: 110f). Trotz ihrer weltweiten Dominanz kann sie viele gesundheitliche Probleme nicht lösen und wird deshalb von den Menschen auch kritisch betrachtet. Es wird akzeptiert, dass die Biomedizin in vielen physischen Belangen Erfolge erzielt, auf der anderen Seite ist es aber auch ihre Unwirksamkeit bei bestimmten Missbefinden, welche Menschen dazu bewegt auch andere Arten der Medizin zu beanspruchen (vgl. Worsley 1997: 226, 10). Die Biomedizin bietet der Vorstellung von Krankheiten, die durch übernatürliche Gewalten und zwischenmenschlichen Spannungen entstehen, keinen theoretischen Platz. In Folge kann sie damit auch nicht umgehen, weshalb sich Menschen an Heiler anderer Medizinen wenden (vgl. Worsley 1997: 221). Cant und Sharma erkennen unterschiedliche Gründe für das Ansteigen des alternativen Angebots in der Gesundheitsversorgung. Obwohl sich die Autorinnen insbesondere auf die Entwicklungen in der „westlichen“ Welt beziehen, lassen sich manche dieser Argumente, wie ich während meiner Feldforschung erfahren durfte, auch auf die Region Mexikos umlegen. Menschen kennen zwar die Vorteile der Biomedizin

und ihre Effektivität in bestimmten Bereichen, sind aber nicht bereit sich in jeder Situation dem Risiko dieser Medizin auszusetzen. Zum einen ist es die Unzufriedenheit mit deren Effektivität in bestimmten Belangen die Angst vor Nebenwirkungen und die Ablehnung chemischer Arzneien, was den Entscheidungsfindungsprozess betrifft, beeinflusst. Alternative Medizinen werden dem gegenüber gerne aufgrund ihrer natürlichen Arzneien und ihres geringen Risikos angewendet. Menschen suchen einen alternativen Heiler auf, weil sie bezüglich Gesundheit bzw. Krankheit eine bestimmte ideologische Vorstellung vertreten, sich bei bestimmten medizinischen Anbietern wohler fühlen, ihm mehr Vertrauen entgegenbringen und dem Leiden einen Sinn, in Bezug auf die Biographie des Menschen in seinem sozialen und kulturellen Netzwerk, geben können (vgl. Cant und Sharma 1999: 46ff).

Wie ich bereits erwähnt habe, spielen abgesehen von den bereits erwähnten Aspekten auch die Beziehungen der Handelnden im Gesundheitssystem zueinander, auf die ich jetzt näher eingehe, eine wichtige Rolle in Bezug auf das Thema Medizinpluralismus.

### 3.3.3. Die Beziehungen der Akteure innerhalb einer medizinischen Kultur

Der Bereich der Entscheidungsfindung ist ein sehr dynamischer, da sich die Prioritäten, Erfahrungen und Risikoeinschätzungen der Menschen ändern können. Im Mittelpunkt dieses Entscheidungsfindungsprozesses stehen die Beziehungen der beteiligten Akteure zueinander. Die Gestaltung dieser Beziehungen und die jeweiligen vertretenen medizinischen Konzepte unterschieden sich weitgehend, sowohl zwischen, aber auch innerhalb einer Nation, wie auch innerhalb einzelner Gemeinschaften (vgl. Last 1996: 387), und spielen in Folge auch für die Genesung eine gravierende Rolle. Die Anbieter und auch die Konsumenten von Medizinen besitzen spezifische Vorstellungen in Bezug auf Krankheit und nehmen sich gegenseitig unterschiedlich wahr (vgl. Kleinman 1980: 34). Auch diese Beziehungen gestalten sich nicht statisch, sondern verändern sich im Laufe der Zeit.



### Die Beziehung zwischen den medizinischen Anbietern

In der gesichteten Literatur war häufig zu lesen, dass die Beziehungen der Anbieter innerhalb einer medizinischen Kultur von einem Wettbewerb geprägt sind und die medizinischen Anbieter verschiedener Traditionen einem Konkurrenzkampf unterliegen (vgl. Han 2002: 2, MacElroy und Townsend 2003: 334, Sargent und Johnson 1996: xix). Dieser Wettbewerb findet allerdings nicht nur zwischen den Anbietern verschiedener Medizinen, sondern auch innerhalb einer bestimmten medizinischen Tradition statt. Als Beispiel im biomedizinischen Bereich nennen MacElroy und Townsend die Konkurrenz zwischen Allopathie, Osteopathie und Chiropraktik (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 334). Han erkennt bei seiner Untersuchung zum Thema Medizinpluralismus ein Konkurrieren zwischen den einzelnen Medizinen und deutet darauf hin, dass medizinische Institutionen, Journale und andere Medien sowohl zum Erhalt, wie auch zum Rückgang verschiedener Medizinarten beitragen (vgl. Han 2002: 2). Dieser ausgetragene Wettbewerb ist nötig, um einerseits von der Öffentlichkeit wahrgenommen und akzeptiert zu werden und andererseits in Folge ein finanzielles Entgelt für die Leistung erwarten zu können (vgl. Han 2002: 13). Die Beachtung der Beziehungen der Akteure zueinander zeigt, dass Medizinpluralismus auch eine individuelle Angelegenheit ist. Diese Tatsache wird darin sichtbar, dass Menschen, welche in einer bestimmten medizinischen Tradition mit eigenen Denkmodellen tätig sind, bei Missbefinden auch andere Arten als die eigene Medizin in Anspruch nehmen. Häufig verwenden einerseits traditionelle Heiler biomedizinische Möglichkeiten um zu gesunden, andererseits sind es auch Biomediziner, welche unter Umständen alternative Heilmethoden in Betracht ziehen (vgl. Greifeld 2003: 62). Greifeld erachtet es als wichtig, die Ansichten gerade der im biomedizinischen Gesundheitsbereich tätigen Personen zu untersuchen, „weil sie es ja sind, deren Kontakte zu Vertretern des jeweils anderen medizinischen Systems am konfliktrichtigsten sind, sie aber auch andererseits am ehesten geeignet sind, eine Zusammenarbeit zwischen Medizinsystemen fruchtbar zu machen“ (Greifeld 2003: 62). Obwohl die Biomedizin heute in den meisten Gesellschaften der größte medizinische Anbieter ist, war dessen Dominanz über andere Medizinen nie absolut. So existiert neben

einen Konkurrenzkampf auch der Aspekt der Zusammenarbeit zwischen Medizinen. „Dieses Nebeneinander der Systeme könnte dann fruchtbar sein, wenn es in irgendeiner Form von einer Zusammenarbeit der verschiedenartigen Praktiker, die sich vielfach in ihrem Wirken ergänzen, gekennzeichnet wäre. Das Auftreten westlich ausgebildeter Mediziner und an westlichen Modellen orientierter Gesundheitsplaner mit dem Anspruch, die einzige medizinische Wahrheit zu vertreten, hat jedoch allorts zu Konkurrenzsituationen geführt, ...“ (Unschuld 1977: 247ff). Ebenfalls greift Murray Last das Thema der Dominanz der Biomedizin über andere Medizinen auf und beschäftigt sich mit der Schwierigkeit von Heilern, als medizinische Professionisten wahrgenommen zu werden. Er sieht den Wettbewerb zwischen der Biomedizin und anderen Heiltraditionen als eine Bedrohung für die Existenz indigener Medizinen und den innewohnenden Bedeutungen. Last schlägt deshalb die Professionalisierung von alternativen Medizinen vor, um ihrem Verschwinden entgegen zu wirken und ihre Existenz neben der Biomedizin zu sichern (vgl. Sargent und Johnson 1996: xix).

#### Die Beziehungen zwischen Patienten und ihren medizinischen Spezialisten

Obwohl es dem erkrankten Menschen in erster Linie meist darum geht gesund zu werden, spielen dennoch die Gestaltung der Beziehungen und die Erwartungen an die unterschiedlichen Heiler eine wichtige Rolle für die Entscheidungsfindung darüber, welche Medizin Verwendung finden soll. Der Erkrankte beurteilt individuell, welche Behandlung Verwendung findet und schließt nicht aus, unterschiedliche Therapien gleichzeitig zu konsumieren (vgl. Greifeld 2003: 61). Die Beziehung zwischen medizinischem Anbieter und Patient wird u.a. von der Persönlichkeit des Heilers beeinflusst. Oft wird der Biomedizinern ein Mangel an Respekt, Interesse und ein unverständnisvoller Umgang mit den Patienten und seinen Problemen nachgesagt. Abgesehen davon sind es Ängste über die Auswirkungen von falschen Behandlungen auf die ohnehin schon angeschlagene Gesundheit und die zahlreichen, sich voneinander unterscheidenden Diagnosen der diversen aufgesuchten biomedizinischen Spezialisten, welche beim Patienten Verwirrung stiften, zum Misstrauen beitragen und in Folge zur Verwendung von Alternativen zur Biomedizin führen (vgl. Finkler 2001). Csordas und Kleinman

betonen den Aspekt, dass Menschen häufig darauf verzichten mit ihrem biomedizinischen Spezialisten über die gleichzeitige Verwendung anderer Medizinen zu sprechen, da sie von der Ablehnung der naturwissenschaftlichen Biomedizin gegenüber anderer Medizinen wissen (vgl. Csordas und Kleinman 1996: 6). Anbieter anderer Medizinen als der Biomedizin, wird im Gegenzug oft, und manchmal auch fälschlicherweise, nachgesagt, sich für den Patienten länger Zeit zu nehmen, verständnisvoller und einfühlsamer zu sein. Ihnen wird oft mehr Vertrauen entgegengebracht, da sie häufig dasselbe Weltbild mit den Patienten teilen, denselben kulturellen Hintergrund haben und dadurch das Missbefinden besser verstanden und behandelt werden kann (vgl. Worsley 1997: 233, Finkler 2001). Abgesehen von den individuellen Bedürfnissen und Anforderungen, welche an den Heiler gestellt werden, sind vor allem strukturelle Gegebenheiten ausschlaggebend, in welcher Art und Weise Medizinen organisiert sind und individuelle Entscheidungsfindung erst ermöglicht werden.

#### Die Beziehung zwischen medizinischem Anbieter bzw. Patient und Staat

Sowohl Heiler, wie auch Patienten sind von staatlichen Reglementierungen beeinflusst und stehen dadurch miteinander in Beziehung. In der Art und Weise wie der Staat den Bereich der Gesundheitsversorgung organisiert und kontrolliert, werden bestimmte Machtstrukturen reflektiert, welche Menschen dazu ermuntern, bestimmte Medizinen für die Gesundheitsherstellung zu verwenden. Die Möglichkeit zu Heilen, die Kenntnisse über Behandlungstechniken und die Möglichkeit diese zur Verfügung zu stellen spiegeln das Vorhandensein von Machtpositionen wieder. Diese Machtstrukturen kontrollieren, organisieren und transformieren das Wissen und den Zugang zu Medizin und Heilung. Sie kontrollieren die medizinischen Ressourcen in einer Gesellschaft, welche wiederum die Vorstellungen und Entscheidungen der Klienten und Ausübenden beeinflussen. Dadurch wird bestimmten medizinischen Techniken, den Zusammenschlüssen von Praktizierenden als eine professionelle Berufsgruppe und Institutionen Legitimität zugeschrieben (vgl. Janzen 2002: 212).

Murray Last sieht eine Verbindung zwischen der medizinischen Profession, der staatlichen Struktur und der kulturellen Ideologie (vgl. Sargent und Johnson 1996: xix). Um den medizinischen Bereich einer Gesellschaft untersuchen und vergleichen zu können, verwendet Last das Konzept der nationalen Medizinkultur. Damit benennt Last jenen Bereich innerhalb einer Nation, indem ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Medizinen stattfindet. Ein Aspekt dieses Wettbewerbes ist der Grad der Professionalisierung von Heilern (vgl. Last 1996: 376). Eine nationale Medizinkultur inkludiert alle unterschiedlichen medizinischen Traditionen und Praktiken, die dem erkrankten Menschen zur Verfügung stehen. Diese Medizinsysteme stehen im Wettbewerb um Kunden, um den Zugang zu staatlichen Finanzierungen zu erlangen und um Anerkennung ihrer Kompetenz, mit Krankheit umgehen zu können (vgl. Last 1996: 379). Der Staat spielt durch die finanzielle und öffentliche Unterstützung eine wichtige Rolle für die Existenz und Akzeptanz alternativer Medizinen (vgl. Han 2002: 2f, Cant und Sharma 1999: 11ff). Um den Grad der Professionalisierung von Heilern und den Einfluss von politischen Prozessen darauf hervorheben zu können, verwendet Last die Nation als zu analysierende Einheit und erkennt drei unterschiedliche Gruppen von medizinischen Professionen (vgl. Last 1996: 379):

1. Die biomedizinische Profession, welche fast in jedem Staat privilegiert ist und von der WHO als ein wissenschaftlich effizientes System für eine staatliche Gesundheitsversorgung betrachtet wird.
2. Professionen der alternativen Medizin, wie Homöopathie, Ayurveda, Akupunktur oder Osteopathie, welche durch den Staat und die Öffentlichkeit anerkannt und als formale Therapiesysteme erkannt werden.
3. Professionen der traditionellen Medizin, wo individuelle Heiler unterschiedlicher Arten und Spezialisierungen sich zu einer Körperschaft zusammenfinden, um von der Regierung Anerkennung zu erlangen und die öffentliche Akzeptanz ihrer Mitglieder zu verbessern (vgl. Last 1996: 379).

Die Beziehungen zwischen dem Staat und den diversen Heilprofessionen sind allerdings überall anders geprägt. Last argumentiert, dass es verschiedene staatliche Modelle gibt, wie die diversen medizinischen Professionen in einer Nation reguliert werden. Diese reichen von Systemen, wo der medizinische Bereich ausschließlich staatlich reguliert wird, bis hin zu Systemen mit einem ausgeprägten Medizinpluralismus. Last erkennt dabei drei Arten von staatlichen Regulationssystemen (vgl. Last 1996: 380ff):

### 1.) Exklusive Systeme mit medizinischem Monopol

#### Das marxistische Modell:

Hier hat der Staat ein Monopol auf die medizinische Versorgung. Dieses Modell hat seinen Ursprung in osteuropäischen Regionen, welche sich unter einer sowjetischen Administration ausgebreitet haben. Medizinisches Personal wurde in der ehemaligen Sowjetunion als Staatsbedienstete eingestellt und bestimmten biomedizinischen Kliniken zugewiesen. Alle anderen Medizinen wurden seit 1923 verbannt. Dieses bürokratisch rationale, total monopolistische Modell wurde in unterschiedlicher Ausführung von Ländern, welche von einer marxistischen Ideologie beeinflusst wurden, übernommen. Die Verbannung von traditionellen Heilern bleibt hier eher ineffektiv (vgl. Last 1996: 380f).

#### Das französische Modell:

Dieses Modell hat ebenfalls die staatliche Kontrolle über den medizinischen Bereich als Grundlage. Auch hier hat der Staat Ärzte als Staatsbeamte angestellt, um Menschen bei Krankheit zu versorgen. Lizenzen bekommen nur jene, welche sich in staatlich geleiteten Institutionen qualifiziert haben, sie können zusätzlich als Privatärzte praktizieren. Die Tätigkeiten aller unlicenzierten Heiler sind illegal. Das französische Modell ist nicht auf Frankreich und ehemalige französische Kolonien begrenzt. Variationen davon findet man auch in spanisch und portugiesisch sprechenden Regionen, besonders in Lateinamerika. Allerdings sind diese Restriktionen dort, wo indigenen Heilern im lateinamerikanischen Gebiet Ausübungsverbote umgehängt wurden, nicht durchsetzbar (vgl. Last 1996: 381ff).

### Das amerikanische Modell:

Während das französische Modell sein Augenmerk darauf legt bürokratisch rational vorzugehen, versucht das amerikanische Modell durch strenge und genaue staatliche Reglementierungen einen freien medizinischen Markt zu gewährleisten. Sowohl im französischen, wie auch im amerikanischen Modell gewann die Biomedizin auf Kosten von anderen Medizinen an Privilegien. Aufgrund der privat finanzierten und geführten medizinischen Institutionen wie Schulen, Forschungsinstitute, Krankenhäuser und Versicherungsanstalten, mangelt es an Standardisierungen. Dieser Unterschied ist der bedeutendste zu anderen staatlich zentrierten Modellen. Als Ergebnis dieses freien Marktes sieht Last einen Konkurrenzkampf, der eher innerhalb einer medizinischen Profession als zwischen den einzelnen medizinischen Traditionen stattfindet (vgl. Last 1996: 382f).

## 2. Tolerante Systeme mit medizinischen Märkten

### Das britische Modell:

In diesem Modell wird darauf verzichtet, bestimmte Heilformen zu verbieten. Staatliche Reglementierungen definieren lediglich, wer durch eine bestimmte Berufsgruppe beschrieben werden kann. Diese Beschreibungen dienen dem Patienten als Kundeninformation, um eine Wahl treffen zu können. Ein Patient, welcher eine nicht-biomedizinische Behandlung aufsuchen will, kann das tun und Heilern jeder Überzeugung (abgesehen von Chirurgen und Zahnärzten) steht es frei, ihre Leistungen anzubieten (vgl. Last 1996: 383f).

### Das deutsche Modell:

Das Besondere hier ist nach Last die einzigartige Weise, wie deutsche Heiler jeder Art bemächtigt werden, ihre Tätigkeit auszuführen. Für deren Ausübung sind sie verpflichtet eine Prüfung über gesetzliche Bestimmungen im Bereich der Gesundheitsversorgung zu absolvieren. Der eigentlicher Inhalt und die Ausübung

der Medizinart werden nicht durch staatliche Reglementierungen vorgegeben. Dieses Modell findet man außerhalb Europas nicht (vgl. Last 1996: 384f).

### 3.) Integrierte Systeme wie der asiatische Medizinpluralismus

#### Indische und Chinesische Modelle:

Sowohl während der britischen imperialen Gesetzgebung wie auch heute teilen sich die Biomedizin und indische Medizinen, wie Ayurveda, Siddha und Unani Medizin, den therapeutischen Raum. In allen Bereichen wurden Vereinigungen und medizinische Schulen gegründet. Seit der Unabhängigkeit hat die indische Regierung auch biomedizinische Leistungen ausgebaut. Sie unterstützt nicht nur sehr stark die biomedizinische Profession mit Qualifikationen, die mit einem internationalen Standard mithalten, sondern fördert auch die Entwicklung eines Netzwerkes von ländlichen Dispensarien zu einem Ausmaß, dass die Verwendung der Biomedizin genauso verbreitet ist wie Ayurveda. Die unterschiedlichen Medizinen sind weitreichend verfügbar und werden kostengünstig angeboten. Auch die Homöopathie wurde übernommen und zu einer formalen, professionellen Struktur adaptiert. Andere, weniger systematische therapeutische Systeme überleben ohne Professionalisierung am Rande der nationalen Medizinkultur und treffen dabei spezifische Bedürfnisse, welche das formale System nicht adäquat anbieten kann. Solche Modelle sind v.a. auch in Süd- und Ostasien verbreitet (vgl. Last 1996: 385f).

#### Drittel-Welt -Modelle

Charakteristika dieses Modells sind ein relativ schwaches, unterfinanziertes System der Biomedizin, welches v.a. in den Städten zu finden ist und eine große Anzahl an traditionellen Heilern, welche die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung decken (vgl. Last 1996: 386).

Wie wir gesehen haben gibt es zahlreiche unterschiedliche Modelle, wie die Medizinen einer Gesellschaft organisiert und durch staatliche Reglementierungen beeinflusst werden. Dass sich die gesundheitliche Versorgung allerdings nicht nur auf einer strukturellen Ebene abspielt, zeigt die Tatsache, dass sich die Versorgung von kranken Menschen zum größten Teil außerhalb eines staatlichen

und professionalisierten Rahmens abspielt, nämlich im Bereich der Verwendung von Hausmitteln und Selbstbehandlung (vgl. Last 1996: 379). Nicht nur der Prozess der individuellen Entscheidungsfindungen, sondern auch die Beziehungen der Akteure zueinander sind ein dynamisches Phänomen. Persönliche Motive und strukturelle Gegebenheiten der medizinischen Kulturen verändern sich gemeinsam mit der gesamten Kultur. Auf einige grundlegende Bereiche, die im Zentrum jeder Medizin stehen, werde ich nun Bezug nehmen.

#### 3.3.4. Gemeinsamkeiten der verschiedenen Medizinen

Wie wir sehen ist die Existenz eines medizinischen Pluralismus in den meisten Gesellschaften eine grundlegende Tatsache. Zahlreiche medizinanthropologische Arbeiten, die kulturvergleichende ausgerichtet sind, berichten uns meist über Unterschiede zwischen den einzelnen Medizinen, erzählen uns aber auch häufig von Gemeinsamkeiten (vgl. Brown 1998: 6). Medizinen unterscheiden sich zwar oft grundlegend in ihren Praktiken, Bedeutungsmustern und Ideologien, weisen aber auch eine Reihe an Gemeinsamkeiten auf.

Indem Medizinen in die Kultur einer Gesellschaft eingebettet sind, unterliegen auch sie ständigen Veränderungen (vgl. Leslie und Young 1992: 5f). So kommt es zu der Situation, dass eine bestimmte Medizin überall ähnlich, aber doch anders praktiziert wird. Nicht nur die Biomedizin, wie im zweiten Teil dieser Arbeit noch ersichtlich sein wird, sondern auch Medizinen wie die Homöopathie oder Ayurveda unterscheiden sich weltweit in ihrer Ausübung (vgl. Last 1996: 377, Finkler 2001).

Eine grundlegende Gemeinsamkeit besteht darin, dass Menschen bei der Verwendung einer therapeutischen Maßnahme mit einem medizinischen Anbieter in Beziehung treten und eine Art Leiden im Vordergrund steht (vgl. Finkler 2001, Han 2002: 12, Baer 2004: 109). Medizinische Leistungen sind Produkte die verkauft, gekauft und vermarktet werden und können aufgrund einer vorangegangenen Zeit der Ausbildung angeboten werden. Sie umfassen neben der



medizinischen Behandlung auch bestimmtes Werkzeug für die Ausübung und haben Arzneien in Verwendung (vgl. Han 2002: 12).

Janzen erkennt 1978 folgende Elemente, welche in jeder Medizin grundlegend sind: Jede Kultur hat Konzepte und Terminologien für Beschwerden und einen zeitlichen Rahmen für einzelne Episoden des Krankseins, wie auch institutionalisierte Rahmenbedingungen für Heilerpersönlichkeiten und eine Organisation der Ressourcenverteilung. Weiters hat jede Medizin bestimmte Techniken und Materialien in Verwendung (vgl. Janzen 1978: 121). Später spricht Janzen über das Vorhandensein von medizinischem Wissen in jeder Gesellschaft, welches eine weitere grundlegende Gemeinsamkeit darstellt (vgl. Janzen 2002: 193). Dieses Wissen konstituiert sich aus Theorien und Konzepten von Krankheit, Krankheitsursache, Heilung und Gesundheit und ist kulturell geprägt (vgl. Janzen 2002: 189). Dort wo medizinisches Wissen praktiziert wird, bekommt es durch bestimmte Regeln, Praktiken und gesellschaftlichen Normen Rückhalt. Überall gibt es Vereinbarungen darüber, was als medizinisches Wissen gilt, wem dieses Wissen zugänglich sein soll und welche Inhalte weitergegeben werden müssen, um das Wissen aufrecht zu erhalten (vgl. Janzen 2002: 206). Dieses Wissen beinhaltet u.a. die Vorstellung darüber, was Krankheit verursacht, wie Krankheit und Heilung artikuliert werden und wie sie in Zeichen und Symbolen ausgedrückt werden kann. Heilung erfolgt anhand der Vorstellungen über die Krankheitsursache (vgl. Janzen 2002: 192f). Janzen betont, dass sich medizinisches Wissen einer Gesellschaft und damit auch die Kenntnisse über Krankheitsursachen mit der Zeit verändern. Das medizinische Wissen einer Gesellschaft kann somit nicht als absolute Wahrheit betrachtet werden (vgl. Janzen 2002: 209). In der westlichen industrialisierten Welt ist die Wissenschaft der Grundstock für medizinisches Wissen. Dieses Wissen entsteht aufgrund von Laboruntersuchungen, Tierversuchen, Experimenten usw. (vgl. Janzen 2002: 188). Allerdings unterscheidet sich das Wissen auch innerhalb einer Gruppe, z.B. unterscheiden sich die medizinischen Kenntnisse von Ärzten, Laboranten und Laien (vgl. Janzen 2002: 188). Durch die Analyse von vorhandenem medizinischem Wissen kann man einerseits die medizinischen Kenntnisse

unterschiedlicher Traditionen, wie auch die Kenntnisse innerhalb einer Tradition vergleichen (vgl. Janzen 2002: 209).

Da alle Menschen durch ihre kulturellen Glaubenssysteme Möglichkeiten finden mit Krankheit umzugehen, nennt Brown drei Elemente als grundlegend für die Gesundheitsversorgung: Theorien über Ätiologien, entsprechende Techniken um die Krankheitsursache diagnostizieren zu können und die darauf folgende Verwendung einer bestimmter Therapieform als Behandlung (vgl. Brown 1998: 6f). Kleinman führt diese Kernbereiche, welche in jeder medizinischen Kultur vorhanden sind, genauer aus. Sie sind in allen Gesundheitssystemen enthalten, unterscheiden sich aber überall in ihrer Erscheinung (vgl. Kleinman 1980: 71f). Er betrachtet Gesundheitsversorgung im weitesten Sinn als die Summe dieser Aktivitäten:

- 1.) Die kulturelle Konstruktion vom Kranksein als psychosoziale Erfahrung.
- 2.) Die Etablierung von allgemeinen Kriterien für die Wahl therapeutischer Maßnahmen.
- 3.) Das Management von speziellen Krankheitsepisoden.
- 4.) Die Heilungsaktivität an sich, welche alle therapeutischen Interventionen inklusive der Verwendung von Arzneien und Heilungsritualen.
- 5.) Und zuletzt der Umgang mit dem therapeutischen Ergebnis inklusive der Betreuung und der Reflexion des Therapieerfolgs (vgl. Kleinman 1980).

Weiters hat Kleinman das bereits erwähnte Konzept der „Explanatory Models“ entwickelt, um kulturübergreifend Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Wahrnehmung von Medizinern feststellen zu können (vgl. Kleinman 1980: 71f).

Nachdem grundlegende Gemeinsamkeiten beschrieben und die Beziehungen der Akteure zueinander behandelt wurden, gehe ich im Anschluss dazu über, diverse Autoren anzuführen, die sich mit diesem Thema beschäftigt haben.

### 3.3.5. Die Betrachtung von „Medizinpluralismus“ aus verschiedenen Perspektiven

Nachdem ich jetzt einige wichtige Aspekte den Medizinpluralismus betreffend, angeführt habe, sind nun diverse literarische Beispiele zu erwähnen, die dieses Phänomen beleuchten.

#### 3.3.5.1. Charles Leslie und Allan Young: Indien

Leslie und Young untersuchten den medizinischen Bereich in Indien und gingen dabei von der Grundannahme aus, dass die medizinischen Traditionen in Asien, wie z.B. Ayurveda, Unani, und die Chinesische Medizin intellektuell kohärent sind. Die Idee von Körpersäften, welche mit menschlichem Befinden in Zusammenhang stehen, prägen diese Systeme konzeptuell und geschichtlich (vgl. Leslie und Young 1992: 4). Bei Bezugnahme auf asiatische Medizinen betonen die Autoren die Notwendigkeit kulturelle Merkmale zu erkennen, welche zur Unterscheidung zwischen der klassischen Ausführung einer Medizin und der lokalen Ausübung in einer Gesellschaft beitragen. Wie schon vorab erwähnt, betonen auch Leslie und Young, dass eine bestimmte Art der Medizin Veränderungen unterliegt und überall anders ausgeführt wird. Deshalb wird auch darauf hingewiesen die Geschichte einer Medizin nicht zu vernachlässigen, da insbesondere die asiatische Medizin sehr von Außen beeinflusst wurde (vgl. Leslie und Young 1992: 5). Seit der Entwicklung der Biomedizin waren die indigenen Heiler mit ihr in Kontakt. Indische Ärzte im 18. Jhdt. haben die englische Medizin adoptiert und adaptiert und diese stolz mit indigenen Praktiken kombiniert. Anfang des 19. Jhdts. hat die „East Indian Company“ ein Projekt gefördert, die indigenen Heiler europäische Anatomie und Medizin zu lehren (vgl. Leslie 1992: 178). “By the end of the 19<sup>th</sup> century its advocates held common cause with the independence movement, and during the 1920s and 1930s they trained a generation of practitioners who imagined a comprehensive national medical system that would be inspired by Ayurveda and that would assimilate cosmopolitan medicine to indigenous culture” (Leslie 1992: 179). Leslie untersuchte 1977 den Medizinpluralismus in Indien. Er erkannte fünf angebotene Medizinen in der indischen Gesundheitsversorgung: 1.) Biomediziner mit formaler Ausbildung, 2.) indigene Medizinen, welche Praktiker mit einer

formalen Ausbildung in Ayurveda, Unani und Siddha Medizin inkludiert, 3.) Homöopathie, 4.) religiöse Schüler oder gelernte Priester mit ungewöhnlichen Heilfähigkeiten und 5.) lokale Volksheiler, Knochenheiler und Hebammen (vgl. Baer 2004: 111).

#### 3.3.5.2. Donald Joralemon: Peru

Joralemon beschreibt seine Forschung in Peru, wo er auf der Suche nach Heilern, welche in einer schamanischen Tradition arbeiten, mit zahlreichen unterschiedlichen Heiltraditionen konfrontiert wurde. Dabei traf er u.a. Kräuterkundige, Tarotkartenleger und Geistheiler an, welche neben biomedizinischen Praktikern existieren (vgl. Joralemon 1999: 61). Joralemon schlägt für die Untersuchung der Organisation der medizinischen Diversität u.a. die Verwendung von Kleinman's „Drei-Sektoren-Modell“ vor. Beziehungen entstehen sowohl innerhalb, wie auch zwischen den einzelnen Gesundheitsversorgungssektoren. Z.B. kann das medizinische Wissen vom professionellen Sektor in den Volks- und/oder in den Populärsektor übertragen werden. Als Beispiel nennt Joralemon verschiedene Curanderos, welche sowohl biomedizinische, wie auch traditionelle Krankheitskonzepte verwenden und dabei auch pharmazeutische Produkte verschreiben (vgl. Joralemon 1999: 63). Joralemon zieht auch Heiler in Betracht, welche ohne formale Ausbildung und Zertifizierung einen Prozess der Professionalisierung einleiten, um ihren Status in der Gesellschaft zu erhöhen oder ihre Interessen in der Öffentlichkeit besser vertreten zu können (vgl. Joralemon 1999: 63). Der Autor beachtet die Beziehungen zwischen diversen Heilern innerhalb eines Sektors, da diese in Konkurrenz stehen (vgl. Joralemon 1999: 63). Weiters betont Joralemon die Bedeutung der sozialen und kulturellen Autorität der Medizinen und sieht diesen Zugang sinnvoll, um Heilerrollen, sowohl innerhalb, wie auch zwischen Kleinman's drei Sektoren, vergleichen zu können. Der Heilerfolg einer bestimmten Therapie kann die Autorität eines Heilers beeinflussen. Die kulturelle Autorität eines Heilers kann z.B. dann herausgefordert werden, wenn neue Krankheiten auftreten bei denen existierende Heilmethoden ineffektiv bleiben. Kann ein Heiler einer anderen Medizin bessere Erfolge erzielen, kann in weiterer

Folge ein Wettkampf über die Autorität entstehen (vgl. Joralemon 1999: 65). Als Beispiel nennt Joralemon die Eroberung Amerikas, welche zahlreiche Krankheiten mit sich brachte, die von traditionellen Heilern nicht erfolgreich behandelt werden konnten (vgl. Joralemon 1999: 65-67). Allerdings wird nicht nur die Autorität der traditionellen Heiler in Frage gestellt, sondern häufig auch die der Biomedizin. Entgegen der Meinung einiger Autoren, wie Foster, die zunächst davon ausgingen, dass die Zahl traditionellen Heiler früher oder später gegenüber der biomedizinischen Praktiken abnehmen wird, da diese aufgrund ihrer wirksameren Behandlungen an Autorität gewinnen würden (vgl. Foster und Anderson 1978: 252f), ist Joralemon anderer Meinung, da nicht nur traditionelle Heiler, sondern auch die Biomedizin in ihrer Autorität hinterfragt werden (vgl. Joralemon 1999: 67).

#### 3.3.5.3. Gil-Soo Han: Australien

Han beschäftigt sich u.a. mit koreanischen Migranten in Australien, in Bezug auf ihren Umgang mit Missbefinden und wie sich die Menschen diverse Medizinen zu Nutze machen (vgl. Han 2002: 1). Auch er erkennt einen medizinischen Pluralismus in jeder zeitgenössischen Gesellschaft und betont, dass die unterschiedlichen Medizinen nicht in einem sozialen Vakuum existieren, sondern politische und ökonomische Aspekte des sozialen Kontextes in dem sie lokalisiert sind, reflektieren (vgl. Han 2002). Während der Suche nach Wiederherstellung der Gesundheit, beteiligt sich der Erkrankte an der Reproduktion des jeweiligen Gesundheitssystems in dem er situiert ist. Diese Betrachtung bringt laut Han mit sich, dass auch den jeweiligen Produktionsweisen einer Gesellschaft Beachtung geschenkt werden soll, um den Medizinpluralismus verstehen zu können (vgl. Han 2002: 6f). Dabei beachtet er den Zusammenhang zwischen den Produktionsweisen, den sozialen Gegebenheiten und den Beziehungen der diversen Medizinen. Diese Beziehungen wiederum wirken sich wie schon erwähnt, auf einer strukturellen, wie auch auf einer individuellen Ebene der Handelnden aus (vgl. Han 2002: 1f). Eine Gesellschaft mit kapitalistischer Wirtschaftsweise enthält unterschiedliche medizinische Produktionsweisen. Das können sein eine häusliche Produktion, eine einfache Warenproduktion mit

direktem Verkauf und eine monopolistisch-kapitalistische Produktionsweise. In der häuslichen Produktionsweise liegt das einzige Ziel darin, die Familienmitglieder zu heilen. Die einfache Produktionsweise umfasst den direkten Verkauf einer medizinischen Fähigkeit, die als Ware betrachtet wird und deren Verkauf zum Lebensunterhalt von Individuen beiträgt. Die monopolistisch-kapitalistischen Produktionsweise spricht sowohl private Produzenten von Gesundheitswaren an, als auch deren Angestellte und staatliche sowie andere Institutionen, die die Gesundheitsversorgung kontrollieren (vgl. Han 2002: 9).

Die totale Dominanz einer Art von Produktionsweise über eine andere könnte das Verschwinden der Zweiten für einen gewissen Zeitraum oder für immer mit sich bringen. Han postuliert damit, dass eine Gesellschaft nicht statisch ist, sondern ständigen Veränderungen unterliegt. Als Beispiel nennt er die Chinesische Medizin in Australien, die einem Veränderungsprozess unterliegt, um überleben und expandieren zu können (vgl. Han 2002: 9). Die Veränderungen der Produktionsweisen können aufgrund von aufgezwungener Gewalt wie Eroberung oder Versklavung stattfinden und werden von politischen oder anderen Institutionen unterstützt (vgl. Han 2002: 15).

Um das Phänomen „Medizinpluralismus“ hinterfragen zu können, schlägt Han vor, den „kritischen Realismus“ zur Anwendung zu bringen. Diese Perspektive verbindet seiner Ansicht nach die politisch-ökonomische mit einer konservativ-kulturellen Annäherung (vgl. Han 2002: 4). Han bevorzugt diese Annäherung, da kultur erklärende Modelle nicht ausreichen, um politische und ökonomische Entwicklungen dazustellen, welche die Dominanz der Biomedizin und den Verruf anderer Medizinen beeinflussen. Da der kritische Realismus vor allem die Beziehungen und Gemeinsamkeiten der Medizinen betont, wird hier die Möglichkeit für einen Diskurs zwischen den Medizinen geboten (vgl. Han 2002: 16).

#### 3.3.5.4. Cant und Sharma: Großbritannien, Australien, Westeuropa

Diese beiden Autorinnen arbeiten soziologisch und beziehen sich bei ihren Studien über Medizinpluralismus hauptsächlich auf Großbritannien, Nordamerika, Australien und Westeuropa. Die Akteure innerhalb eines Gesundheitssystems stehen miteinander in Beziehung. Diesen Kontext nennen die Autoren „die sozialen Beziehungen von Gesundheit“. Gesundheit wird als ein Feld von Aktivitäten betrachtet, welches diverse Personen und Organisationen mit einschließt. Dieses Feld inkludiert Personen, die als „krank“ definiert werden und jene Menschen, die aktiv versuchen die Gesundheit aufrecht zu erhalten. Weiters Menschen, die für die Betreuung des Erkrankten zuständig sind, Heiler jeder Medizin, Krankenpfleger, Geistliche, aber auch Institutionen wie Versicherungsgesellschaften, pharmazeutische Unternehmen und staatliche Einrichtungen, die die öffentliche Gesundheitsversorgung regulieren oder selbst medizinische Leistungen anbieten (vgl. Cant und Sharma 1999: 14f). Die Autorinnen sehen diesen Zugang als sinnvollen, da keine Annahmen darüber aufgestellt werden in wieweit diese Beziehungen als ein System dargestellt werden können. Die diversen Akteure können in Form unterschiedlicher Verbindungen zusammenarbeiten, z.B. in Form gesetzlicher, häuslicher oder beruflicher Vereinbarungen (vgl. Cant und Sharma 1999: 15). In Bezug auf die Entscheidungsfindung erwähnen die Autorinnen drei unterschiedliche Arten von Konsumenten alternativer Medizinen. Zunächst den gewissenhaften Anwender („earnest seeker“), der für sein Befinden verschiedene Medizinen ausprobiert, jedoch nach der Problemlösung nicht vor hat, weiterhin eine bestimmte alternative Medizin zu verwenden. Einen weiteren Typ stellt der dauerhafte Anwender („stable user“) dar, welcher eine regelmäßige Beziehung mit einem medizinischen Anbieter abseits der Biomedizin, pflegt und diesen auch regelmäßig aufsucht, ohne die Notwendigkeit einer biomedizinischen Behandlung zu erwägen. Der dritte Typ („eclectic user“) ist experimentierfreudig und konsumiert verschiedene Arten bei unterschiedlichen Beschwerden (vgl. Cant und Sharma 1999: 34). Die Autorinnen zeigen auf, dass es viele individuelle Motivationen für die Verwendung alternativer Medizinen gibt.

Es gibt zahlreiche weitere Autoren, welche den Medizinpluralismus in unterschiedlichen Regionen weltweit untersuchen, einige Beispiele sind in der Fußnote angeführt<sup>14</sup>. Auf Erläuterungen zum Thema Medizinpluralismus in Mexiko werde ich im nächsten Kapitel Bezug nehmen.

Die Geschichte der Untersuchung von pluralistischen, medizinischen Gegebenheiten in Gesellschaften, die Darstellung und weiters die Analyse der diversen Theorien, Modelle und Konzepte zur Untersuchung des Phänomens „Medizinpluralismus“ würden mit Sicherheit mindestens den Umfang einer ganzen Hochschulschrift füllen. Da ich in meiner Diplomarbeit allerdings auch meiner Feldforschung einen Raum geben möchte, stelle ich jetzt das Phänomen „Medizinpluralismus“ mit seinen zahlreichen Facetten und den Umgang damit anhand meiner Recherchen über Mexiko vor. Wie schon im einleitenden Kapitel erwähnt war eine ausreichende Datenerhebung durch diverse Umstände eingeschränkt, weshalb ich auch für die Fertigstellung des folgenden Kapitels auf diverse Literatur zurückgegriffen habe.

---

<sup>14</sup>Leslie, Ch., Young A.: „Paths to Asian medical knowledge“, Berkeley: University of California Press, 1992

Lock, M.: „East Asian medicine in urban Japan: Varieties of medical experience“, Berkeley: University of California Press, 1984

Baer, H.A.: Biomedicine and alternative healing systems in America: Issues of class, race, ethnicity, and gender“, Madison: University of Wisconsin Press, 2001

Janzen, J.: „The quest for therapy in lower Zaire“, Berkeley: University of California Press, 1978

Whitaker, E.: „The Idea of Health: History, Medical Pluralism, and the Management of the Body in Emilia-Romagna, Italy

Rita Agdal: „Diverse and Changing Perceptions of the Body: Communicating Illness, Health, and Risk in an Age of Medical Pluralism“, in The Journal of Alternative and Complementary Medicina, Vol. 11, Nr. 1, Mary Ann Liebert Inc., 2005

Craig Janes: „Globalization, Medical Pluralism and Community Health: The Case of Post-Transition Mongolia“, [http://www.cies.org/NCS/ncs\\_cjanes.htm](http://www.cies.org/NCS/ncs_cjanes.htm), 05.09.2006



#### **4. Die Darstellung des „Medizinpluralismus“ anhand der Region Mexikos**

Mexiko ist sowohl von einer ökologischen wie auch von einer kulturellen Vielfalt geprägt. Genauso vielfältig und unterschiedlich wie die ökologischen und ethnischen Konstellationen sind auch die medizinischen Gegebenheiten. Aufgrund dieser Tatsache kann man hier nicht von DER mexikanischen Gesundheitsversorgung sprechen, sondern es können immer nur einzelne lokale Gegebenheiten in Betracht gezogen werden. Es gibt „eine Menge Mischformen unter den Menschen, die nun schon seit vielen Jahrhunderten in Mittel- und Südamerika zusammenleben und daraus resultierend auch in ihrem Heilwesen“ (Greifeld 2003: 107). Aufgrund der zahlreichen und vielfältigen Kulturen Mexikos kann dieser Teil der Arbeit nicht als repräsentativ für eine umfassende Beschreibung der Medizinen in Mexiko gesehen werden. Dieser Teil der Arbeit ist auch nicht repräsentativ für die Beschreibung Mexiko Citys aufgrund der Größe der Stadt und auch nicht für Tlacotepec de Mejía aufgrund der geringen Auskünfte der Bevölkerung zu anderen Arten der Medizinen als der Biomedizin. Es ist nicht möglich hier universelle Angaben über die medizinischen Gegebenheiten in Mexiko zu geben, da sich die medizinischen Vorstellungen und Möglichkeiten von Mensch zu Mensch, von Kultur zu Kultur und von Region zu Region grundlegend unterscheiden können. Auch die Beziehungen der Akteure im medizinischen Bereich zueinander sind schwer zu beschreiben, da die Gegebenheiten ständigen Veränderungen unterliegen (vgl. Napolitano 2002: 2).

Da auch immer die Geschichte eines zu erforschenden Gegenstandes von Bedeutung ist<sup>15</sup>, gehe ich in diesem Kapitel zunächst in kurzen Zügen auf die historischen Grundlagen der Medizin in Mexiko ein, gefolgt von der Erwähnung anderer Aspekte, welche die mexikanische Medizinkultur beeinflussen. Wie wir

---

<sup>15</sup> „While arguably there is continuity from the past to the present, the historical panorama illuminates the ways in which medicine is embedded in broader historical and social processes, especially in the relation between the conquered and the conquerors, as well as between Mexico and other nations. Mexican medicine has witnessed considerable socio-political and sociocultural changes, corresponding to the major historical transformations that had taken place in the society“ (Finkler 2001: 65).

sehen werden unterlag Mexiko dem Einfluss von kolonialen Mächten, aber auch postkoloniale Einflüsse wirken sich heute verstärkt auf Mexikos Medizinen aus. „In der heutigen Zeit ist außerdem ein starker postkolonialer Einfluss auf einige Kulturen festzustellen, von denen sich einige dem Druck des Welthandels, aber auch dem des Tourismus nicht entziehen können. Eine Begleiterscheinung des letzten ist beispielsweise eine große Esoterik-Welle, welche den Schamanismus derzeit stark verändert“ (Greifeld 2003: 106). Nach der Erwähnung diverser struktureller Gegebenheiten der heutigen Gesellschaft Mexikos beschreibe ich die einzelnen medizinischen Ressourcen mit ihren Krankheitsvorstellungen, Heilungstechniken und Heilerpersönlichkeiten, wobei ich hier aufgrund des vielseitigen Angebots keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebe. Der Beschreibung der einzelnen medizinischen Ressourcen folgt eine Darstellung meiner Ergebnisse der Feldforschung über die medizinischen Gegebenheiten in Mexiko City und in dem Ort Tlacotepec de Mejia, im Bundesstaat Veracruz. Ich entschied mich für diese beiden Orte, um sowohl einen Eindruck von den ländlichen als auch von den urbanen, medizinischen Gegebenheiten zu bekommen. Am Ende dieses Kapitels wende ich mich konkret dem Thema Medizinpluralismus in Mexiko zu so wie es in der Literatur zu diesem Thema dargestellt wird.

#### **4.1. Die Geschichte der Medizin in Mexiko**

Wie auch im Museum für Anthropologie in Mexiko City zu sehen, ist die Geschichte Mexikos von zahlreichen Kulturen geprägt. Vor dem Beginn der archäologischen Ausgrabungen Anfang des 20. Jhdts. waren Forscher von „zufällig erhaltenen Bauten und Denkmälern, indianischen Bilderhandschriften und spanischen Berichten“ abhängig (Krickeberg 1961: 3). Mit diesen Ausgrabungen „standen sie nunmehr plötzlich vor einer vorher größtenteils unbekanntem und unendlich vielgestaltigen Kulturwelt, die der Erdboden mehr als zwei Jahrtausende vor der Zerstörung durch Menschenhand bewahrt hatte; ihre zahlreichen Denkmäler kündeten von dem tiefgreifenden Wandel, den nicht nur das materielle Leben und die Kunst, sondern auch die religiösen Vorstellungen und Bräuche mehrfach in der mesoamerikanischen Vorzeit durchgemacht hatten“

(Krickeberg 1961: 3). Die Dauer der mesoamerikanischen Hochkulturen wird von rund 1500 v. Chr. an auf drei Jahrtausende geschätzt. Nach Krickeberg lässt sich die Zeit der Hochkulturen in drei Epochen einteilen: die vorklassische Periode, die bis ins zweite oder dritte Jahrhundert unserer Zeitrechnung zurückreicht, die klassische Epoche, die bis 1000 n. Chr. datiert ist und die geschichtliche Epoche, die bis zur spanischen Eroberung reicht (Krickeberg 1961: 5). „Nur ein Zehntel dieses Zeitraumes (von 1200 n. Chr.) wird durch schriftliche, in der spanischen Zeit aufgezeichnete Überlieferungen und indianische Bilderhandschriften erhellt, die auch das ganze religiöse Schrifttum umfassen“ (Krickeberg 1961: 5).<sup>16</sup> Es gibt zwar Überlieferungen von den Chichimeken und Mixteken die bis ins siebte Jahrhundert nach Christus zurückführen, jedoch „verlieren sich die Vorgänge dann schon mehr oder weniger im mythischen Dunkel, so dass wir, was die Religion der vorklassischen und klassischen, ja selbst der ersten geschichtlichen Zeit betrifft, fast ausschließlich auf archäologische Zeugnisse angewiesen sind“ (Krickeberg 1961: 5).

Von Bedeutung für die Untersuchung der medizinischen Gegebenheiten sind die teilweise bis heute erhaltenen Codices der Maya. Diese beinhalten u.a. Ritual- und Deutungskalendarien wie auch astrologische und medizinische Aspekte (<http://de.wikipedia.org/wiki/Maya-Codices>). Viele Texte der Maya würden uns detailliert Informationen über ihre Medizinen, über Gesundheitsvorstellungen und über Veränderungen von Gesundheitsmustern in der Geschichte überliefern, wurden aber von den katholischen Priestern, welche die Eroberung mit sich brachte, zerstört. Schriften, die nach der spanischen Eroberung entstanden sind, wurden unter der Beobachtung der Priester und Missionare, welche auch für die Behandlung von Krankheiten zuständig waren, angefertigt, weshalb wir heute nicht mit Sicherheit sagen können inwieweit es sich hier um objektive oder verfälschte Aussagen handelt (vgl. Berlin, Berlin und Stepp 2004: 846). Da noch

---

<sup>16</sup>Indem, wie bereits auch im ersten Teil dieser Arbeit erwähnt, bis zu Beginn des 20. Jhdts., die medizinischen Gegebenheiten einer außereuropäischen Kultur meist mit magischen bzw. religiösen Themen in Verbindung gebracht wurden, wäre auch die Beachtung der religiösen Schriften in Bezug auf die Geschichte der Medizin in einer Kultur bedeutend. Die Behandlung dieser Thematik würde allerdings den Rahmen dieser Arbeit sprengen, weshalb ich darauf verzichtet habe.

längst nicht alle geschichtlichen Kulturen Mexikos erforscht sind und viele Aufzeichnungen aus der Zeit der spanischen Eroberung stammen und dadurch von evolutionistischen, mit Vorurteilen besetzte Sichtweisen geprägt sind, fällt es schwer die mexikanische Geschichte der Medizin exakt zu rekonstruieren. „Ein einigermaßen realitätsgerechtes Bild zu entwerfen fällt schwer, weil zu viele Unsicherheiten in die Beschreibungen eingehen. Wer auf Ausgrabungen setzt, ist auf Interpretationen angewiesen, deren Wahrheitsgehalt nur unzureichend gesichert ist. Wer die Beschreibungen der Konquistadoren ... verwendet, muss im Auge behalten, dass jene ein bestimmtes Menschenbild mit sich führten und ihre Schilderungen im Kontext des mittelalterlichen Spanien entstanden“ (Greifeld 2003: 108).

Aufgrund des Mangels an Information zur antiken Medizin Mexikos beziehe ich mich zur Darstellung der Geschichte der Medizin ausschließlich auf die geschichtliche Epoche nach Krickeberg und verwende dabei Kaja Finklers Einteilung in die Zeit vor der Eroberung, die Zeit der Kolonialherrschaft und die Zeit seit der Unabhängigkeit Mexikos.

#### 4.1.1. Die Zeit vor der Eroberung

Zwei der bekanntesten Hochkulturen, welche in der Zeit vor der Eroberung in Mexiko lebten, waren die Maya und die Azteken. Wie archäologische Funde zeigen, lebten abgesehen von diesen beiden Kulturen die Mixteken und die Zapoteken in Oaxaca, die Totonaken in Veracruz und im nördlichen Puebla und die Tarasken in Michoacan, um nur einige weitere Kulturen der geschichtlichen Epoche Mexikos zu nennen. Diese alten Kulturen lassen sich mit heute existierenden Bevölkerungsgruppen in Verbindung bringen; welche ihrer kulturellen Elemente jedoch bis heute erhalten blieben bzw. Veränderungen erfuhr, ist schwer zu deuten, da viele Kulturen dem starken Einfluss der Mixteken und Azteken unterlegen waren (vgl. Krickeberg 1961: 53f).

Die Azteken besiedelten vom 14. bis ins frühe 16. Jhdt. das Tal von Mexiko auf einer Hochebene in 2000 m Seehöhe (<http://de.Wikipedia.org/wiki/Azteken>) und

„sind bis heute für ihre Kenntnisse der Anatomie und daraus resultierender Chirurgie“ (Greifeld 2003: 110, vgl. auch Finkler 2001: 65), wie auch für ihre botanischen Gärten bekannt (vgl. Finkler 2001: 65). Sie hatten sowohl „natürliche“ als auch „übernatürliche“ Vorstellungen über die Krankheitsentstehung, wobei zu den übernatürlichen Krankheitsursachen Strafen der Götter, Verhexung oder das Eindringen eines Geistes in den Körper zählten. Übereinstimmend mit der Krankheitsursache gab es natürliche und magische Techniken, die zur Heilung eingesetzt und von entsprechenden Heilern angeboten wurden. Von Bedeutung für die Heilung von Krankheiten zu dieser Zeit war die Verwendung v.a. von pflanzlichen wie auch von mineralischen und tierischen Produkten, welche auf Märkten vertrieben wurden. Dieses außerordentliche Wissen über die Anwendung von Heilkräutern kann heute als Teil des kulturellen Erbes der Medizin in Mexiko angesehen werden. Zu den medizinischen Ressourcen zählten u.a. Priester, Kräuterkundige, Knochenheiler, Hexer, Wahrsager und Astrologen. Die sehr stratifizierte Gesellschaftsstruktur spiegelte sich auch in dem Zugang zu den medizinischen Ressourcen wieder, wobei sich entsprechend dieser Stratifizierung zwei Hauptkategorien der medizinischen Ausübenden bildeten. Erstere umfasste das medizinische Wissen der gewöhnlichen Bürger, welches von Generation zu Generation weitergegeben wurde. Die zweite Kategorie schließt jene Menschen ein, deren Wissen aufgrund von göttlichen Eingebungen übermittelt wurde, wobei diese oft Priester und spirituelle Handwerker waren, auch eine Zeit der Lehre absolvierten und die sowohl für religiöse Belange als auch für die Behandlung von Kranken zuständig waren. Jedoch war der Zugang der Bevölkerung zu diesen Ressourcen hierarchisch strukturiert (vgl. Finkler 2001: 65f).

„Das Wissen um die wohltuende Wirkung auf Leib und Seele von Schwitzbädern teilten sich Mayas und Azteken“ (Greifeld 2003: 110). Diese Tradition des so genannten „Temascal“ oder auch „el bano de vapor“ genannt und mit einer Schwitzhütte vergleichbar, findet sowohl in der Literatur, wie auch während meiner Feldforschung, häufig als kulturelles Erbe Erwähnung und ist in Mexiko weit verbreitet. In diesem Behandlungskonzept wird der Einfluss von

humoralpathologischen Einflüssen sichtbar. „Gerade hier lassen sich Parallelen zur humoralen Lehre des „Ausleitens von schlechten Stoffen“ durch Hitze und Dampf erkennen. Ein Temascal wird zumeist aus Steinen und Lehm erbaut. Auf einer Feuerstelle werden Vulkansteine erhitzt und im Laufe der Heilzeremonie in das Temascal hineingetragen, in eine Bodenvertiefung im Inneren gelegt und in regelmäßigen Abständen mit Wasser übergossen, um Dampf zu erzeugen. Dem Aufguss-Wasser können auch Heilkräuter beigemischt werden“ (Puchegger-Ebner, Schaffler, Pek, 2007: 29). Abgesehen vom Behandlungskonzept des Temascals wird eine humoralpathologische Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit auch in der Vorstellung eines „Kalt-Warm-Systems“, auf das ich in Folge genauer eingehe, sichtbar. Über den Ursprung dieses, in Lateinamerika häufig vorzufindenden, „Kalt-Warm-System“ herrscht jedoch Unklarheit. Einerseits wird davon ausgegangen, dass dieses Konzept schon den Azteken bekannt war. Auf der anderen Seite ist jene Überzeugung zu finden, dass dieses System eine einfache Form der hippokratischen Humoralpathologie darstellt, welche in der arabischen Welt entstanden ist, dann durch die muslimische Herrschaft nach Spanien gebracht und von dort während der Conquista im 16. Jhd. in Lateinamerika verbreitet wurde (vgl. Greifeld 2003: 113).

#### 4.1.2. Die koloniale Periode (1520 - 1810)

Die Eroberung und die Zeit der Kolonialherrschaft brachten weitgehende Veränderungen der medizinischen Gegebenheiten in Mexiko mit sich. Ziel der Kolonialherren und Missionare war damals einerseits die wirtschaftliche Ausbeutung und andererseits die Verbreitung der christlichen Religion. Da die traditionelle Medizin oft mit religiösen Aspekten verknüpft auftrat, war es den Eroberern wichtig, auch die traditionellen medizinischen Vorstellungen zum Verschwinden zu bringen. „Oft gingen christliche Missionsbestrebungen Hand in Hand mit einer rudimentären westlich-medizinischen Versorgung; ... denn religiöse Inhalte ließen sich besonders gut über medizinische Versorgung transportieren“ (Greifeld 2003: 43). Obwohl die europäische Medizin oft als Mittel zur Bekehrung eingesetzt wurde, übernahmen dennoch zahlreiche spanische Ärzte das Wissen über die Heilkräuter der Indigenen und integrierten

dieses Wissen in die medizinischen Behandlungen. Dadurch kam es im Laufe der Zeit zu einer Vermischung von spanischer und vorkolonialer Medizin. Durch die Integration der Kräuterkunde unterschied sich die Ausübung der wissenschaftlichen Medizin in Mexiko bald von derjenigen in Spanien.

Die mexikanische Bevölkerung besteht seit der Eroberung hauptsächlich aus Mestizen<sup>17</sup>, aus Nachfahren der Eroberer und aus indigenen Bevölkerungsgruppen. Dementsprechend gab es auch drei Kategorien der medizinischen Ausübung: die traditionellen Medizinen der Indigenen, die Medizin der Mestizen und jene Medizin, welche an spanischen Universitäten gelehrt und nach Mexiko gebracht wurde. An der Spitze der Hierarchie stand dabei die spanische Universitätsmedizin, welche von Hippokrates, Galen als auch arabischer und jüdischer Medizin beeinflusst war. Die Mestizen vermischten indigene medizinische Praktiken mit spanischem Volkswissen, mit katholischen Heiligen, mittelalterlicher Wahrsagerei und Astrologie, woraus die mexikanische Volksmedizin entstand. Mit der Eroberung Mexikos wurde neben verschiedenen Krankheiten wie Typhus, Masern und Pocken, auch das europäische Medizinsystem eingeführt. Aufgrund der Epidemien sind 1524 zahlreiche Krankenhäuser errichtet worden. 1551 wurde die erste Universität mit einer medizinischen Fakultät gegründet. Die Ausbildung erfolgte nach europäischem Muster, wobei u.a. Anatomie unterrichtet und hippokratische sowie galenische Lehren gelehrt wurden. Zusätzlich gab es im Gegensatz zur spanischen Universitätsmedizin auch eine Fakultät für Astrologie und für Botanik (vgl. Finkler 2001: 66f).

#### 4.1.3. Die Unabhängigkeit (1810)

Mit dem Unabhängigkeitskrieg wurde nicht nur gegen die Kolonialherren gekämpft. Auch die Macht der katholischen Kirche wurde in Frage gestellt, womit die Trennung von Staat und Kirche forciert wurde. Nach diesem Krieg kam es zum Wachstum der Industrie und der kapitalistischen Wirtschaftsweise, womit dem Import von ausländischen Produkten die Tore geöffnet wurden. Die

---

<sup>17</sup> „Unter Mestizen versteht man die Abkömmlinge von Weißen(Europäern) und den Angehörigen der indigenen Völker Mexikos“ (<http://mexiko-lexikon.de/mexiko/index.php?title=Mestize>).

Industrialisierung und die Trennung von Staat und Kirche brachte die Entstehung einer neuen Mittelklasse in der Gesellschaft mit sich, wobei das Eigentum der Kirche an diese Mittelklasse verteilt wurde. Mit der Zeit verbreiteten sich auch andere religiöse Bewegungen, wie protestantische Missionare aus Nordamerika und antikatholische Bewegungen, wie jene der Spirituellen Heiler, auf die ich in weiterer Folge eingehe (vgl. Finkler 1985: 17ff).

Nach der Unabhängigkeit begann eine neue Ära der Medizin in Mexiko. „Die von den Kolonialmächten aufgebauten Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern wurden nach der Unabhängigkeit schwerpunktmäßig in kurativen Bereichen ausgebaut, während man die bestehenden präventiven Bereiche vernachlässigte“ (Buxbaum 2005: 56). Die mexikanischen Mediziner konzentrierten sich in Folge mehr auf europäische, biomedizinische Erkenntnisse, wobei die Verwendung von Heilkräutern immer mehr an Bedeutung verlor. Es kam zu vielen Veränderungen in der Gesellschaft, in der Politik und auch in der Medizin, wobei u.a. die medizinische Fakultät an der Nationalen Autonomen Universität (UNAM) gegründet wurde. In der medizinischen Ausbildung wurde über Anatomie, Hygiene, Geburtshilfe, Chirurgie, Pharmakologie, klinische Medizin usw. gelehrt. Der 23. Oktober 1933 wird von der mexikanischen Medizingeschichte als Beginn der Biomedizin in Mexiko gesehen. Die Medizin konzentrierte sich seitdem mehr auf die Symptome als auf die Wahrnehmung des Menschen an sich. Die Wahrnehmungen der Patienten wurden immer mehr vernachlässigt und objektive Messungen seitdem in den Vordergrund gestellt. In der vergangenen Zeit waren die Mediziner von den Aussagen und Beschreibungen der Patienten abhängig. Seit dem Aufkommen von technischen Geräten jedoch wanderte die Verantwortung über eine Krankheit vom Patienten in die Hände der Ärzte, deren Aufgabe es ist Symptome richtig zu deuten und die Verantwortlichkeit über die Genesung zu übernehmen. Die traditionelle Medizin mit ihrer Kräuterkunde blieb dennoch wichtig für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (vgl. Finkler 2001: 68f).



Mit dem Ende des zweiten Weltkrieges, wurde die Biomedizin in Mexiko stark von der nordamerikanischen Medizin, welche auf dem cartesianischen Dualismus, sprich der Trennung von Körper und Geist basiert, beeinflusst. Mit dem Aufkommen neuer Technologien kam es zu einer Spezialisierung der einzelnen biomedizinischen Bereiche (vgl. Finkler 2001: 74). Seit den 1960er Jahren traten aufgrund der technologischen Entwicklungen enorme Kostensteigerungen in der Gesundheitsversorgung hinzu, weshalb die Regierung erkennen musste, dass jenes, aus der Kolonialzeit übernommene, biomedizinische Modell zur Gesundheitsversorgung nicht mehr anwendbar war (vgl. Buxbaum 2005: 56) und seither versucht eine bessere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu erreichen.

Nachdem die Geschichte der Medizin in Mexiko im Groben vorgestellt wurde, gehe ich nun dazu über, den medizinischen Kontext im heutigen Mexiko und die diversen medizinischen Ressourcen, welche der mexikanischen Bevölkerung zur Verfügung stehen, zu beschreiben.

## **4.2. Der medizinische Kontext im heutigen Mexiko**

In diesem Abschnitt dokumentiere ich zunächst weit verbreitete Krankheitsvorstellungen und diverse strukturelle Aspekte, welche insbesondere die mexikanische Gesellschaft prägen und in Folge auch die medizinische Versorgung beeinflussen. Dabei gehe ich auf Krankheitsvorstellungen, auf ökonomische, politische und religiöse Gegebenheiten, wie auch auf die Bedeutung der Familie ein. Eine tiefere Ausführung dieser Aspekte hätte den zeitlichen Rahmen dieser Diplomarbeit gesprengt, weshalb ich diese nur ansatzweise erwähne.

### 4.2.1. Krankheitsvorstellungen im mexikanischen Kontext

Viele Menschen in Mexiko sehen in Gesundheit bzw. Krankheit einen Zusammenhang zu ihren Lebensbedingungen. Diese Sichtweise schreibt die Ursache von Krankheiten erschweren zwischenmenschlichen Beziehungen und schwierigen Lebenslagen zu. Zu diesen Ursachen zählen häufig schlechte

Arbeitsbedingungen, Umweltverschmutzung, Armut als auch soziale Konflikte, insbesondere innerhalb der Familie. Ebenso können falsche Ernährung, Vitaminmangel, Vererbung von Krankheiten, Parasiten, Infektionen oder der Mangel an Hygiene Krankheitsursachen darstellen (vgl. Finkler 2001: 23). „In Mexican traditional beliefs the imputation of sickness to emotions is not based on a mind/body dualism. In fact, the culturally shared understanding is that the body is an extension of one's day-to-day experience; embedded in adverse social interaction and in moral evaluations that become condensed in anger and nerves” (Finkler 2001: 40). Häufig wird davon ausgegangen, dass Krankheiten aufgrund eines Fehlverhaltens, aufgrund von konfliktreichen Beziehungen oder wegen eines Verstoßes gegen die moralische Ordnung entstehen. Sowohl Mediziner wie auch Patienten können von dieser Sichtweise geprägt sein. Manche Symptome werden als körperliche oder organische Störungen angesehen, während der Ursprung anderer Krankheiten sozialen Stressfaktoren zugeschrieben werden. Das bringt mit sich, dass Eigenschaften von kulturgebundenen Syndromen in die Sprache der Biomedizin übersetzt werden (Finkler 2001: 35ff, 84).

Ein weiteres Konzept, welches - wie bereits erwähnt - in Lateinamerika, weite Verbreitung findet, ist das „Kalt-Warm-System“. Dieses Konzept lehnt sich an humoraltheoretische Lehren an und geht davon aus, dass zuviel Hitze oder Kälte das Gleichgewicht des Menschen stören und dadurch den Zustand der Gesundheit beeinflussen (vgl. Greifeld 2003: 113f, Pek 2006: 28f, Buxbaum 2005: 86f). „Die Einteilung in warm und kalt kann auf den unterschiedlichsten Ebenen erfolgen. Beispielsweise werden das Essen, die Behandlungsmethoden, die Krankheiten aber auch der Mensch selbst in diese Kategorien eingeteilt. Ist der Körper zuviel Hitze ausgesetzt, kann ihn dies überhitzen, beziehungsweise kann eine Verkühlung die Folge sein, wenn der Körper zu viel Kälte ausgesetzt wird. Dem entsprechend werden zur Behandlung kalte und heiße Lebensmittel oder Medizinalpflanzen verschrieben. Durch die Einteilung der Umwelt in warm und kalt kann diese bei Krankheit als Regulator wirken“ (Pek 2006: 29).

#### 4.2.2. Ökonomische Aspekte

Beachtung gebührt in jedem Fall auch dem Zusammenhang zwischen der instabilen Ökonomie Mexikos und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, auf den ich hier allerdings nur im kleinsten Rahmen eingehe. „Mexico is usually characterized as an industrially developing nation tied to the international global market economy with its attendant economic disparities” (Finkler 2001: 25). Von dieser industriellen Entwicklung profitieren allerdings nur Angehörige der Ober- und Mittelschicht (vgl. Finkler 2001: 25). Die Wirtschaft Mexikos im 20. Jhd. ist von zahlreichen Krisen geprägt, darunter sind u.a. die mexikanische Revolution 1910, die ökonomische Krise 1982 und die Pesoentwertung 1994 zu nennen. Weiters ist auch die Einführung des „North American Free Trade Agreements“ (NAFTA), welches eine allgemeine Gehaltssenkung um 30% mit sich brachte, zu erwähnen. Damit kam es einerseits zu gewaltigen Einschnitten im Budget für die staatliche Gesundheitsversorgung mit Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Leistungen und auf die Bezahlung des medizinischen Personals (vgl. Napolitano 2002: 99ff, Finkler 2001: xvff, 25). Andererseits waren davon vor allem jene Haushalte mit niedrigem Einkommen betroffen, was zu einer erneuten Steigerung der sozialen Ungleichheit beitrug. Mit diesen Einschnitten stiegen die Preise für Güter und Leistungen, allerdings nicht die Einkommen, was zwangsläufig dazu führte, dass sich Menschen ihre grundlegenden täglichen Bedürfnisse, wie etwa Medizin, nicht mehr leisten konnten. Diese Krisen hatten allerdings in der ruralen Gegend weniger Auswirkungen, da dort ohnehin weniger Menschen einer fixen Lohnarbeit nachgehen und vom nationalen Gesundheitssystem weniger versorgt sind (vgl. Finkler 2001: 25). Um dem Mangel an finanziellen Möglichkeiten für entsprechende Versorgung mit pharmazeutischen Medikamenten entgegen zu wirken, haben die mexikanische Regierung und auch private Anbieter, wie wir in diesem Teil der Arbeit noch sehen werden, den Vertrieb von generischen Arzneien forciert. Diese Entwicklung wurde von den international führenden Pharmakonzernen allerdings nicht gut geheißen. Novartis, Roche und Merck dominierten über 90% des pharmazeutischen Marktes in Mexiko. Dieser Kampf wird oftmals auch in den Medien ausgetragen, wo einerseits das Gesundheitsministerium und private

Anbieter für den Konsum von Generika werben und andererseits renommierte Pharmakonzerne vor deren schlechten Qualität warnen (vgl. Hayden 2007: 480).

Da im mexikanischen Kontext Krankheit häufig mit schwierigen Lebenslagen zu tun hat, assoziieren viele Patienten ihre Krankheiten auch mit alltäglichen ökonomischen Ängsten (vgl. Finkler 2001: 24f).

#### 4.2.3. Politik

Wie überall haben sowohl die nationale wie auch die internationale Politik einen großen Einfluss auf die medizinische Versorgung. Präsident Salinas de Gortari (1988 – 1994) schuf zu Beginn der 1990er den staatlichen Sonderfond „El Programa IMSS-Solidaridad“. Im Zuge dieses Programms wurden in den ruralen Gegenden zahlreiche biomedizinische Einrichtungen - sogenannte „clinicas rurales“ - errichtet (vgl. Hartmann 1997: 76). 1995 entwickelte die mexikanische Regierung einen nationalen Entwicklungsplan für die Jahre 1995 bis 2000. Ziel war es erneut v.a. der ländlichen und indigenen Bevölkerung, regionale Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsprogramme zur Verfügung zu stellen. Diese Programme fokussierten sich hauptsächlich auf Primärversorgung, Präventivmedizin und Geburtenkontrolle. Diese entstandenen Einrichtungen gingen aber teilweise aufgrund der geringen Ausstattung an ihrem Sinn vorbei (vgl. Napolitano 2002: 99). Im Jahre 2000 wurde ein neuer Präsident, Vicente Fox, gewählt. In seinem Sinn war eine Kombination von technischen und geschäftsführenden Bestrebungen (vgl. Napolitano 2002: 14). Da sich nach einem Regierungswechsel meist auch die bürokratischen Gegebenheiten im medizinischen Bereich ändern, ändern sich damit auch die Bezeichnungen der jeweiligen Gesundheitseinrichtungen und medizinischen Programme, wie z.B. das „IMSS-Solidaridad“, welches den Namen „IMSS-Oportunidades“ und die „clinicas rurales“ den Namen „centros de salud“ erhielten<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup>Interview mit Angeles, am 17.10.06. Da auch während meines Feldaufenthaltes Wahlen anstanden, kann es sein, dass sich die Namen der diversen Gesundheitseinrichtungen erneut geändert haben.

#### 4.2.4. Religion

Für das alltägliche Leben und auch für die Gesundheitsversorgung spielen in Mexiko religiöse Einrichtungen eine herausragende Rolle. Mexiko ist ein sehr katholisches Land, indem auch alle Feiertage gefeiert werden. 90% der Bevölkerung vertreten hier einen katholischen Glauben (vgl. Haack 2002: 162). Abgesehen von der katholischen Kirche existieren, sowohl am Land wie auch in der Stadt, unterschiedliche protestantische und spirituelle Gruppen (vgl. Finkler 2001: 32f). Diese religiösen Einrichtungen sind auch ein Bestandteil der Gesundheitsversorgung, indem z.B. Kirchen Dispensarien zur Verfügung stellen, um Menschen für geringe Kosten biomedizinische Untersuchungen und Medikamente anbieten zu können (vgl. Buxbaum 2005: 66, Interview mit Angeles, 02.11.2006). Spirituelle Gruppen betonen harmonische Beziehungen und beteiligen sich auch daran, einigen Sichtweisen (z.B. die schlechte Behandlung der Frau betreffend) entgegen zu wirken. Sie sprechen jene sozialen Bereiche und schwierigen Lebenslagen an, die auch für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich gemacht werden. Die Arbeit spiritueller Heiler wird in Folge noch genauer ausgeführt. Finkler hat während der Untersuchungen in Mexiko herausgefunden, dass je stärker ein Mensch katholisch geprägt ist, umso eher der Glaube an die Macht der Hexerei vorhanden ist, wenn alle anderen Erklärungen für eine Krankheit fehlschlagen (vgl. Finkler 2001: 33). Wie ich während meiner Feldforschung erfahren durfte, bietet die Kirche der armen Bevölkerung zwar teilweise biomedizinische Fürsorge an, sie ist aber auch dafür verantwortlich, dass Menschen gewisse Versorgung nicht in Anspruch nehmen. Beispielsweise tritt die Kirche vehement gegen Verhütung und Abtreibung ein, was während der sonntäglichen Messen auch deutlich postuliert wird, indem die Priester den Menschen androhen, in die Hölle zu kommen oder vom Teufel „geholt“ zu werden. Da sich Menschen die Versorgung einer noch größeren Familie häufig nicht leisten können, führen Frauen im Geheimen oft an sich selbst Abtreibungen durch, was schwerwiegende Verletzungen oder sogar den Tod zur Folge haben kann (Interview mit Angeles, 17.10.2006).

#### 4.2.5. Familienstruktur

Ebenfalls hat die Familie in Mexiko einen besonderen Stellenwert. Diese besteht meist aus der Kernfamilie mit mehreren Kindern und Enkelkindern, wie auch aus den kollateralen Verwandten wie Onkeln, Tanten und Cousinen. Innerhalb dieser Gruppe erfährt der Mensch wichtige soziale, moralische und ökonomische Unterstützung. Kinder wohnen häufig bis zur Heirat bei ihren Eltern, und auch danach hat die Verwandtschaft ihre Wohnstätte oft in der Nachbarschaft. Der hohe Stellenwert der Familie mit ihrer meist großen Anzahl an Mitgliedern birgt auch ein großes Konfliktpotential in sich (vgl. Finkler 2001: 27). Da in Mexiko Krankheit häufig mit konfliktreichen, zwischenmenschlichen Beziehungen in Verbindungen gebracht wird, spielt die Familie auch diesbezüglich eine wichtige Rolle. Das gilt sowohl für die Beziehungen und Konflikte innerhalb der Großfamilie, wie auch die Beziehung zwischen Ehepaaren, ihren Kindern und angeheirateten Personen. Familiäre Konflikte können zwar einerseits zur Krankheitsentstehung beitragen, hier ist auf der anderen Seite aber auch die Lösung des Problems zu finden, welches zur Heilung von Krankheiten beitragen kann (vgl. Finkler 2001: 28).

Nachdem jetzt einige grundlegende Punkte, wie die Geschichte der Medizin in Mexiko und der medizinische Kontext mit Krankheitsvorstellungen, politische, ökonomische und religiöse Gegebenheiten, wie auch die Bedeutung der Familie, welche die Gesundheitsversorgung beeinflussen, angesprochen wurden, gehe ich im Anschluss dazu über, die medizinischen Ressourcen mit ihren Krankheitsvorstellungen, Heiltechniken und medizinischen Anbieter, welche der Bevölkerung zur Verfügung stehen, zu beschreiben.

#### **4.3. Die Medizinen im heutigen Mexiko**

Dieser Teil der Arbeit enthält eine Ausarbeitung einiger medizinischen Ressourcen, die der Bevölkerung angeboten werden. Dabei beschreibe ich die jeweiligen Medizinen mit ihren Krankheitsvorstellungen, Einrichtungen und Heilerpersönlichkeiten.

#### 4.3.1. Die Biomedizin

„Die so genannte kosmopolitische Medizin tritt in den Entwicklungsländern in zwei wesentlichen Ausprägungen in Erscheinung: als so bezeichnete (klinische, kurative) „Biomedizin“ - ein dem eigenen Anspruch und Selbstverständnis nach naturwissenschaftlich begründeter Ansatz zur Erklärung und Behandlung von Krankheit und zum Zweiten als Entwicklung eines „modernen“ Gesundheitssystems einschließlich eines öffentlichen Gesundheitswesens (Public Health)“ (Greifeld 2003: 136). Wie vorab schon erwähnt gilt in der mexikanischen Medizingeschichte der 23. Oktober 1933 als Geburtsstunde der Biomedizin in Mexiko. Mittlerweile beansprucht diese Medizin den größten Raum in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, wobei sich die medizinische Ausbildung auch heute noch an das nordamerikanische Modell anlehnt, welches durch Begriffe wie Effizienz, Hochtechnologie und Objektivierung des Patienten geprägt ist (vgl. Napolitano 2002: 99). In Mexiko findet man ein theoretisch gut ausgebautes biomedizinisches Versorgungsmodell, welches der Bevölkerung in der Realität, wie wir noch sehen werden, nicht zur Verfügung steht. „... as an advanced developing nation Mexico possesses all the modern medical technological accoutrements, and contemporary medical education that is nourished through North American textbooks and teachings“ (Finkler 2001: 10).

Kaja Finklers Werk „Patients in Pain, Physicians at Work“ leistet einen interessanten theoretischen und empirischen Beitrag zu dem Thema, wie sich die Biomedizin in Mexiko gestaltet. Sie erwähnt aktuelle Globalisierungstheorien, welche davon ausgehen, dass Wissenssysteme und kulturelle Praktiken (in diesem Fall den biomedizinischen Bereich betreffend), reinterpreted werden, während sie regionale Grenzen überschreiten (vgl. Finkler 2001: xvii). Die Autorin zeigt, wie die Biomedizin in Mexiko mexikanisiert wurde und behandelt dabei drei theoretische Angelegenheiten: erstens die Art und Weise, wie ein Wissenssystem, welches in einer bestimmten Gesellschaft entstanden ist in eine andere übertragen wird und dabei einige Elemente erhält und andere verändert. Zweitens die Art und Weise, wie Patienten auf biomedizinische Behandlung in einem öffentlichen

Krankenhaus reagieren, und drittens wirft sie die allgemeine Frage bezüglich der grundlegenden Vorstellungen über Krankheit und Genesung auf (vgl. Finkler 2001: 1). Im Mittelpunkt ihrer Untersuchung steht das Interesse herauszufinden, welche Aspekte der Biomedizin im internationalen Vergleich einerseits universelle Gültigkeit haben und welche Aspekte andererseits einer Veränderung unterliegen und durch soziale und kulturelle Gegebenheiten geformt werden (vgl. Finkler 2001: 7). Gründe für Unterschiede zwischen der mexikanischen und der nordamerikanischen Biomedizin liegen schon allein in der Tatsache, dass es in Mexiko an ökonomischen Ressourcen fehlt, welche eine entsprechende Ausstattung mit hochtechnologischen Geräten finanzieren könnten. Öffentliche und private Spitäler verfügen zwar über gewisse technische Instrumente, den meisten Kliniken und Einrichtungen mangelt es allerdings größtenteils an grundlegender Ausstattung (vgl. Finkler 2001: 90). Finkler beachtet nicht nur, inwieweit die traditionelle Medizin in Mexiko im Laufe der Zeit unterdrückt, sondern auch wie die Biomedizin durch sie beeinflusst wurde. Als Beispiel nennt sie die allgemeine Anerkennung des Wissens über die Kräuterkunde. Aufgrund der Anerkennung dieser Heilkunde durch die Eroberer geht Finkler davon aus, dass deshalb auch heute die Kräuterkunde bei dem Großteil der Bevölkerung Anklang findet (vgl. Finkler 2001: 237).

#### 4.3.1.1. Die Vorstellung der Biomedizin über Krankheitsursachen

Im Mittelpunkt der Krankheitsbehandlung steht im biomedizinischen Modell die Diagnose, welche Krankheiten aufgrund von Klassifikationssystemen bestimmt. Sie hat ein wissenschaftliches und systematisiertes Verständnis der menschlichen Physiologie als Grundlage. Krankheit wird im Allgemeinen pharmakologisch mit Arzneien oder chirurgisch behandelt (vgl. Finkler 2001: 81). In Mexiko ist die Biomedizin, wie Finkler betont, jedoch anders ausgeprägt: “While recognizing that biomedicine practiced in Mexico has its roots in developments in North America, Mexican physicians speak of Mexican medicine, by which they mean clinical medicine and which they contrast with North American technological medicine” (Finkler 2001: 83). Außerdem entspricht die technologische Herangehensweise nicht der mexikanischen Vorstellung in Bezug auf die



Entstehung von Krankheiten. Wie wir bereits erfahren haben, sehen Menschen die Ursache für Krankheit u.a. in einem moralischen Fehlverhalten oder als Folge gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen. Diese Vorstellung vertreten zum Teil auch Ärzte die selbst diesen kulturellen Hintergrund haben und kombinieren aufgrund dessen die existierenden Vorstellungen. “Physicians combine biomedical with traditional folk understandings to explain sickness....” (Finkler 2001: 84). Das bringt weiters mit sich, dass auch Eigenschaften von kulturgebundenen Syndromen in die Sprache der Biomedizin übersetzt werden (vgl. Finkler 2001: 35f). “Physicians in most industrially developing nations must confront the struggle between technological and clinical management of affliction as modern technology radiates throughout the world and human beings develop a commitment to it” (Finkler 2001: 238). Da biomedizinische Anbieter allerdings selbst finanziellen Einschränkungen unterliegen, sind sie anstatt von technologischen Errungenschaften von der klinischen Symptomatologie abhängig, um Diagnosen stellen zu können (vgl. Finkler 2001: 238).

Die Struktur des offiziellen Gesundheitssystems, damit meine ich die Organisation der Biomedizin, in Mexiko ist sehr komplex und unterteilt sich in drei Ebenen: erstens die Krankenversicherung für Menschen mit einer formalen Beschäftigung und einem fixen Lohnverhältnis, zweitens die medizinische Betreuung für jenen Teil der Bevölkerung, die in keinem formalen Beschäftigungsverhältnis steht und von der Sozialversicherung nicht abgedeckt wird und drittens das Angebot an privaten medizinischen Anbietern (vgl. Zündel 2003: 26ff). Für die Beschreibung des offiziellen Gesundheitssystems halte ich mich an Greifeld, welche von Gesundheitssektoren spricht, „um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass wir es nicht (nur) mit mehr oder weniger planmäßig errichteten öffentlichen Systemen der Gesundheitsversorgung, sondern zunehmend mit einem Markt zu tun haben, auf dem auch private Anbieter tätig sind“ (Greifeld 2003:140), weshalb ich in weiterer Folge vom öffentlichen und von privaten Sektor sprechen werde.

#### 4.3.1.2. Die Biomedizin im öffentlichen Sektor

In Mexiko gibt es verschiedene Institutionen, welche die biomedizinische Versorgung der Bevölkerung decken sollen, wobei das Beschäftigungsverhältnis der einzelnen Personen ausschlaggebend für den Bezug medizinischer Leistungen einer bestimmten Institution ist. Das System der Krankenversicherung besteht aus folgenden Institutionen: das SDN (Secretaría de la Defensa Nacional), die SM (Secretaría de Marina), PEMEX (Petróleos Mexicanos), ISSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) und das IMSS (Instituto Mexicano de Seguro Social). Medizinische Betreuung für Personen, die außerhalb eines fixen Lohnverhältnisses stehen und dadurch keinen Zugang zu einem dieser Krankenversicherungssysteme haben, ermöglichen das Programm „IMSS-Solidaridad“ bzw. „IMSS-Oportunidades“ und Einrichtungen des SSa (Secretaría de Salud: das Gesundheitsministerium). Weiters haben auch die Bahnarbeiter und die Vereinigung der Elektriker eigene Gesundheitseinrichtungen für ihre Angestellten (vgl. Zündel 2003: 26ff; Buxbaum 2005: 65; Hayden 2007: 478; Finkler 2001: 51f; Napolitano 2002: 100). Diese Institutionen stellen unabhängig von einander, jeweils eigene Netzwerke von Ärzten, Spezialisten, Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung (vgl. Finkler 2001: 51; Buxbaum 2005: 65), wobei alle drei Ebenen der medizinischen Versorgung<sup>19</sup>, sowohl in ruralen wie auch in urbanen Gebieten, gedeckt werden sollen. Auf die wichtigsten Institutionen, die der Bevölkerung für die biomedizinische Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, gehe ich jetzt ein, wobei ich auf die Erläuterung der selbstständigen Versicherungssysteme von PEMEX, SDN, SM sowie auf die der Elektrikervereinigung und der Bahnarbeiter verzichte.

- a) Das IMSS (Instituto Mexicano de Seguro Social): wurde 1943 gegründet und stellt die mexikanische Sozialversicherung dar. Diese Institution dient den Arbeitern und Angestellten der Privatindustrie und bietet neben kostenlosen Medikamenten auch günstige medizinische Hilfeleistungen an

---

<sup>19</sup> Die drei Versorgungsebenen sind die primäre Ebene: ein Gesundheitsposten, Gesundheitszentrum, der Hausarzt; die sekundäre Ebene: eine regionale Klinik, ein Facharzt; und die dritte Ebene: Krankenhäuser, die alle Fachabteilungen umfasst, oder eine Spezialklinik (vgl. Greifeld 2003: 141).

([http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS\\_SITIOS/IMSS\\_06/Institucion/SG/conoce/Mision.htm](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/Institucion/SG/conoce/Mision.htm),

[http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS/IMSS\\_HIS/ramos/](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS/IMSS_HIS/ramos/)).

- b) Das ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado): Diese Institution wurde 1960 gegründet und dient den staatlich angestellten Arbeitern. Medikamente werden kostenlos zur Verfügung gestellt (vgl. Finkler 2001: 51f).
- c) Das SSa (Secretaría de Salud): Einrichtungen des SSa werden vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellt, welche die restlichen Personen, wie Arbeitslose, Bauern, selbstständige Händler und Geschäftsleute usw. biomedizinisch versorgen. Diese Krankenhäuser sind für alle In- und Ausländer zugänglich. Für Behandlungen werden hier nur geringe Gebühren eingehoben. Allerdings werden Medikamente, im Gegensatz zu IMSS und ISSSTE nicht kostenlos zur Verfügung gestellt (vgl. Finkler 2001: 51f). Das SSa stellt Gesundheitseinrichtungen für 40-50% der Bevölkerung, die von anderen Krankenversicherungen nicht gedeckt werden, bereit (vgl. Hayden 2007: 478).

Die medizinischen Leistungen von IMSS und ISSSTE können jeweils von der versicherten Person wie auch von deren Kernfamilie beansprucht werden. Personen, die ihre fixe Anstellung verlieren, verlieren auch den Anspruch auf die Dienste des IMSS und des ISSSTE (vgl. Finkler 2001: 54). Während meiner Feldforschung kam dieser Aspekt bei Lilia, eine alleinerziehenden Mutter, zu tragen. Sie hatte eine sehr problembelastete Anstellung als Lehrerin und überlegte, den Job zu kündigen. Da sie und ihre Kinder jedoch auch den Anspruch auf medizinische Versorgung des IMSS verlieren würden, entschied sie sich dazu, ihre Anstellung, trotz ihrer Unzufriedenheit damit, doch nicht zu wechseln (Feldprotokoll, 23.10.06).

Obwohl diese Einrichtungen den Menschen generell die Zuversicht geben ihre gesundheitlichen Bedürfnisse abgesichert zu haben, sieht die Realität ganz anders aus (vgl. Napolitano 2002: 100). Die Qualität der medizinischen Einrichtungen der Institutionen im öffentlichen Sektor variiert sehr stark. Dies ist u.a. ein Ergebnis der staatlichen Aufteilung des vorgesehenen Budgets für die Gesundheitsversorgung. Obwohl 50% der Bevölkerung auf die Einrichtungen des Gesundheitsministeriums angewiesen sind, fließt nur etwa ein Fünftel des Budgets in Einrichtungen des SSa, wobei der Großteil davon dem IMSS und dem ISSSTE zugeteilt wird. Das niedrige Budget spiegelt sich wiederum in der Ausstattung der vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellten Einrichtungen wider. Dort muss sich das Personal mit geringerer Bezahlung als bei IMMS- und ISSSTE-Einrichtungen zufrieden geben, und ihnen bleibt oft nichts anderes übrig, als sich grundlegende technische Geräte wie Stethoskope, Blutdruckmessgeräte usw. zu teilen (vgl. Hartmann 1997: 76; Finkler 2001: 52). Obwohl die meisten Krankenhäuser des öffentlichen Sektors zwar Apotheken integrieren, welche kostengünstig Medikamente abgeben, zeigt sich der finanzielle Mangel auch hier, indem es an passenden Arzneien fehlt. Menschen müssen deshalb häufig auf private, meist teurere Apotheken zurückgreifen (vgl. Finkler 2001: 51f). Auch den Einrichtungen des IMSS wird oft mangelnde Qualität nachgesagt, was zur Folge hat, dass die Menschen diese Einrichtungen nicht nutzen, wenn ihnen Alternativen zur Verfügung stehen (vgl. Napolitano 2002: 100). Für die allgemein vorherrschende negative Meinung über die angebotenen Leistungen des IMSS und des SSa sieht Napolitano zwei Gründe. Einerseits wird der unsensible Umgang des medizinischen Personals mit den Patienten, welche sich oft unverstanden fühlen, kritisiert. Andererseits hinterfragen die Menschen vermehrt die Verschreibung von Medikamenten, welche oft eine große Bandbreite an Krankheiten ansprechen, anstatt der einzelnen Symptome und erfahren immer öfter, dass nach der Behandlung andere Krankheiten und Nebenwirkungen auftreten (vgl. Napolitano 2002: 100). Finkler sieht in der ungleichen Aufteilung des Budgets im öffentlichen medizinischen Sektor eine Reflexion der Bindung des mexikanischen Staates an ein kapitalistisches, industrielles Entwicklungsmodell. Durch die kostenlose Gesundheitsversorgung der in einem Lohnverhältnis

stehenden Bevölkerung und staatlichen Angestellten werden gesunde Arbeitskräfte sichergestellt (vgl. Finkler 2001: 52ff).

Durch die drei genannten Institutionen werden vor allem Menschen in den Großstädten, so weit möglich, medizinisch versorgt. Anders sieht es mit der Bevölkerung in den ruralen Gebieten aus, die oft aus verschiedenen Gründen keinen oder nur schwierig Zugang zu den staatlichen medizinischen Einrichtungen haben. Aus diesem Grund wurden im Laufe der Zeit, wie schon erwähnt, diverse staatliche Sonderprogramme entwickelt, welche jedoch von Regierung zu Regierung anders genannt und geprägt werden. Im Zuge dieser Programme wurden in den ländlichen Regionen kleine medizinische Einrichtungen etabliert, die schon erwähnten „Centros de Salud“. Dort bekommen Medizinstudenten während eines einjährigen Praktikums das so genannte „servicio social“, häufig die meiste Praxis im Umgang mit Patienten. Dieses Praktikum wird für den Abschluss des Studiums benötigt. Gewöhnlich werden diese Gesundheitsstationen mit je einem Medizinstudenten und einer Krankenschwester für den Zeitraum von maximal einem Jahr besetzt. Die Motivation der Praktikanten ist oft gering, da viele eine Spezialisierung im städtischen Bereich mit Hilfe moderner technischer Geräte anstreben, „statt sich der allgemeinen Medizin in den ländlichen Regionen zu widmen“ (Hartmann 1997: 76). Der Mangel an Erfahrungen im Umgang mit Patienten bringt sprachliche wie auch kulturelle Verständigungsprobleme mit sich. Diese Verständigungsprobleme, das Misstrauen gegenüber dem medizinischen Personal und der Pharmaindustrie, wie auch große Entfernungen zu biomedizinischen Einrichtungen halten die Menschen ab, diese Dienste auch in Anspruch zu nehmen (vgl. Hartmann 1997: 76f; Finkler 2001: 73f). Der aufgezeigte Mangel an technischen und medikamentösen Ausstattungen der medizinischen Einrichtungen und die geringe Bezahlung des medizinischen Personals im öffentlichen Sektor führen dazu, dass sich sowohl ausgebildete Biomediziner, wie auch erkrankte Personen, wenn finanzielle Mittel vorhanden sind, an den privaten Sektor wenden.

#### 4.3.1.3. Die Biomedizin im privaten Sektor

Aufgrund der schlechten Qualität des öffentlichen biomedizinischen Sektors, sowohl in der technischen Ausstattung wie auch im menschlichen Umgang mit Patienten, suchen viele Menschen trotz höherer Kosten private Ärzte auf (vgl. Finkler 2001: 53). Privatärzten wird des Öfteren nachgesagt während der Behandlung freundlicher zu sein als ihre Kollegen im öffentlichen Sektor, wobei es jedoch auch hier auf die Motivation des jeweiligen Arztes ankommt, ob die medizinische Versorgung der Patienten oder das finanzielle Einkommen im Vordergrund stehen (vgl. Napolitano 2002: 100f). Auf der anderen Seite versuchen Mediziner ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, indem sie abgesehen von einer Anstellung im staatlichen Bereich noch eine private Ordination führen. Die Höhe des zusätzlichen Einkommens kommt auf die Art der jeweiligen Spezialisierung und auf die finanzielle Stellung der Klienten an. Diese Privatpraxen bieten Ärzten ohne eine Anstellung im öffentlichen Bereich, die Möglichkeit trotzdem ihren Beruf ausüben zu können. Andere Vorteile liegen darin, dass auch Menschen, die von den staatlichen Institutionen nicht eingeschlossen werden, die Möglichkeit zur biomedizinischen Behandlung bekommen und sich diese Privatpraxen oft in der direkten Nachbarschaft befinden. Dadurch sind diese privaten Einrichtungen meist schnell erreichbar und mit weniger bürokratischem Aufwand verbunden. Es gibt auch private Spitäler mit zahlreichen Ärzten und modernen technischen Geräten. Die Kosten für diese privaten Krankenhäuser sind jedoch übermäßig hoch und nur für finanziell besser gestellte Menschen leistbar (vgl. Finkler 2001: 53, 58).

#### Apotheken

Eine weitere wichtige Position in der biomedizinischen Versorgung haben die privaten Apotheken inne. Diese stellen für viele Menschen oft die einzige verfügbare biomedizinische Ressource dar (vgl. Hayden 2007: 484, Finkler 2001: 58). Da sich viele Menschen den Besuch bei einem Biomediziner nicht leisten können, es den in die staatlichen medizinischen Einrichtungen integrierten Apotheken, welche kostengünstige Medikamente zur Verfügung stellen sollten, häufig an passenden Medikamenten mangelt und der Kauf von pharmazeutischen

Arzneien nicht rezeptpflichtig ist, haben die Apotheken einen hohen Stellenwert in der Versorgung (vgl. Finkler 2001: 52; Hartmann 1997: 74). Diese Gründe tragen u.a. zur vermehrten Selbstdiagnose und Selbstbehandlung bei, wobei der freie Medikamentenzugang, die gleichzeitige Einnahme und die falsche Verwendung verschiedener Arzneien natürlich auch Risiken in sich birgt und ungünstige Folgen haben kann. Anstatt sich ärztlich beraten zu lassen, entnehmen viele Menschen die Information über diverse Medikamente den Medien, wobei vor allem das Fernsehen im Vordergrund steht oder holen Ratschläge von Pharmazeuten und Verkäufern ein, welche keine entsprechende Ausbildung haben. Auch die Erfahrungen und Empfehlungen der „therapy managing group“ spielen bei der Selbstmedikation eine große Rolle (vgl. Napolitano 2002: 101). Für die Mehrheit der Bevölkerung ist aufgrund der steigenden Kosten für Medikamente und der starken Preisunterschiede verschiedener Medikamentenhersteller und Vertreiber, der freie Zugang zu pharmazeutischen Produkten jedoch nicht möglich (vgl. Finkler 2001: 52 Hartmann 1997: 74), weshalb die Verwendung von Heilkräutern und Hausmitteln weiterhin eine große Bedeutung hat (vgl. Napolitano 2002: 101). Auch Hartmann betont diesbezüglich: „Um den gleichzeitig steigenden Kosten für ärztliche Behandlungen und Medikamente auszuweichen, werden selbstgepflückte Heilkräuter und pflanzliche Präparate eigener Herstellung deshalb gerade jetzt wieder verstärkt angewandt“ (Hartmann 1997: 74).

Mexiko hat den größten und am schnellsten wachsenden pharmazeutischen Markt in Lateinamerika, wobei auch der Herstellung und dem Vertrieb von Generika vermehrt Raum gegeben wird. In diesem Kontext handelt es sich um kostengünstigere, legale Kopien von Markennamen-Medikamenten. Aufgrund der hohen Kosten für Pharmazeutika gewannen die Herstellung und der Vertrieb von Generika immer mehr an Bedeutung und wurden 1997 und 1998 auch von der mexikanischen Regierung gefördert (vgl. Hayden 2007: 475). In Mexiko werden seit den 1950ern Generika industriell hergestellt und auch aus dem Ausland eingeführt (vgl. Hayden 2007: 478; Ecks 2007: 490f). Mexikanische Firmen begannen damals die Rohstoffe für Medikamente zu importieren, diese

konsumentenhandlich abzapacken und sie an den öffentlichen Gesundheitssektor, einschließlich des IMSS, zu verkaufen. IMSS und andere öffentliche Institutionen waren von 1950 bis 1990 diejenigen, welche in Mexiko das Monopol auf den Vertrieb von Generika inne hatten. Um die hohen medizinischen Kosten im öffentlichen Sektor zu senken, wurde allerdings seit den späten 1990ern die Etablierung eines offenen, sehr dynamischen, nationalen Marktes für Generika ermöglicht (vgl. Hayden 2007: 477f). Aufgrund der Pesoentwertung 1994 stiegen die Preise für pharmazeutische Produkte um bis zu 200%, was den Produzenten für Generika noch weiter die Tore öffnete. Damit wurde der Einzug von Generika in den privaten Sektor von verschiedenen Institutionen und Gesundheitsaktivisten unterstützt, um für den Konsumenten leichter in Form von privaten Apotheken erreichbar zu sein (vgl. Hayden 2007).

Auf eine bestimmte pharmazeutische Firmenkette, welche ein Ausdruck der anhaltenden Privatisierung der biomedizinischen Versorgung in Mexiko darstellt, und sehr auffällig für seine Produkte wirbt, werde ich nachstehend Bezug nehmen. Die Pharmakette „Farmacias Similares“ eröffnete 1997 die erste Filiale und ist eine private mexikanische Firmenkette, welche in eigenen Laboratorien hergestellte Generika und generische Arzneien von anderen Herstellern um bis zu 75% billiger als andere erhältliche Markennamen-Medikamente, vertreibt. Dr. Simi ist das Maskottchen dieser Firmenkette und zeigt sich des Öfteren zu Hiphop-Musik tanzend und mit einem Lautsprecher ausgestattet, aus dem laute Musik dröhnt und für günstige Angebote geworben wird, auf den Straßen (Feldprotokoll, 05.12.2006). Dr. Simi wirbt damit, dass er jenen den Zugang ermöglicht, welche vom Sozialversicherungssystem exkludiert sind (vgl. Hayden 2007: 488ff). Die Firma beschreibt sich selbst als Motor für die Förderung nationaler Interessen, indem sie der mexikanischen Bevölkerung und insbesondere jenen, welche am wenigsten haben, hilft sich günstig, unabhängig von staatlichen Unterstützungen, pharmazeutisch zu versorgen (vgl. Hayden 2007: 480).



### NGOs

Eine weitere wichtige Ressource für die biomedizinische Versorgung der Bevölkerung stellt die Arbeit von zahlreichen NGOs dar. Erst seit 1942 werden von der US-amerikanischen Regierung Gesundheitsprogramme in Lateinamerika umgesetzt, wobei insbesondere die Versorgung der Länder mit technologischen Apparaten forciert wurde (vgl. Foster und Anderson 1978: 7). Bald hatte man erkannt, dass Gesundheit und Krankheit nicht nur auf einer biologischen Ebene betrachtet werden darf, sondern vor allem auch soziale und kulturelle Aspekte bei der Umsetzung von Gesundheitsprogrammen Beachtung gebührt. Das brachte die Erkenntnis mit sich, dass die medizinischen Bedürfnisse der Bevölkerung von Entwicklungsländern nicht bloß durch die Einführung der biomedizinischen Leistungen von Industrieländern gedeckt werden können (vgl. Foster und Anderson 1978: 7). Damit wuchs in den 1950ern auch vermehrt die Inanspruchnahme von Kenntnissen medizinischer Anthropologen, da sie Beiträge zu einer erfolgreichen Umsetzung von Gesundheitsprogrammen leisten können (vgl. Foster und Anderson 1978: 8).

Unschuld schreibt in einem Artikel über die Problematik des Transfers der Biomedizin in Länder, wo ein anderes Weltbild bezüglich Krankheit vorherrschend ist: „Medizinische Entwicklungshilfeprogramme waren optimistisch, dass die westliche Medizin einmal in Asien, Afrika und Lateinamerika eingeführt, dort in kurzer Zeit Fuß fassen würde und dabei alles Einheimische verdrängen würden. Grundlage dieser Überzeugung war, dass nur die in der modernen Wissenschaft begründete Gesundheitsfürsorge und Heilkunst rational, effektiv und effizient sei, während die so genannten traditionellen Medizinbräuche irrational, in Aberglauben verhaftet und höchstens zufällig wirksam seien und daher der modernen Medizin schnell weichen würden“ (Unschuld 1977: 247f). Tatsache ist, dass die Bevölkerung derjenigen Länder, wo die Biomedizin eingeführt wurde, einzelne Bereiche der Biomedizin anerkannte und „als dem ihnen bisher verfügbaren Heilangebot überlegen“ ansah, erkannte aber auch Bereiche in denen die Biomedizin keine hilfreiche Behandlungen zur Verfügung stellt (Unschuld 1977: 247f). „Das Auftreten westlich ausgebildeter

Mediziner und an westlichen Modellen orientierte Gesundheitsplaner mit dem Anspruch, die einzige medizinische Wahrheit zu vertreten, hat jedoch allorts zu Konkurrenzsituationen geführt, die für die zu versorgenden Patienten nicht ohne Probleme sind“ (Unschuld 1977: 248).

Unschuld erkannte vier Faktoren „die das Verhalten der Bevölkerung in multiplen medizinischen Systemen bestimmen und zu Konflikten Anlass geben können“ (Unschuld 1977: 249). Das sind zum Einen ökonomische Überlegungen, welche die Entscheidung eine bestimmte Medizin zu verwenden, beeinflussen, weiters nennt Unschuld Verständigungsprobleme, welche ein Missachten der ärztlichen Anweisungen zur Folge haben kann, drittens Konflikte, die aufgrund von Strukturunterschieden entstehen und konzeptuell bedingte Konflikte. „Strukturunterschiede ergeben sich dort, wo die westliche Medizin in Gesellschaften getragen wird, die eine zu den Industriegesellschaften unterschiedliche Verteilung der Kontrolle über die verfügbaren medizinischen Mittel aufweisen“ (Unschuld 1977: 249). Mit „konzeptuell bedingte Differenzen“ spricht Unschuld jene Unterschiede an, die sich aus unterschiedlichen Weltbildern bezüglich Gesundheit- und Krankheitsvorstellungen ergeben. Das Aufeinanderprallen dieser sich unterscheidenden Weltbilder kann ebenfalls Konflikte mit sich bringen (vgl. Unschuld 1977: 250).

Da ich im Zuge meines Forschungsaufenthaltes in Mexiko die beiden Hilfsorganisationen D.A.M.E. und Helfen Wir! unterstützte, kam ich mit dem Aspekt der Arbeit von NGOs direkt in Kontakt. Auch hier konnte ich seitens der Vereine die Gefahr erkennen, eine gewisse Machtposition zu genießen und für sich die einzig wahre, eurozentrisch geprägte Weltsicht in Bezug auf biomedizinische Versorgung gepachtet zu haben. In jedem Fall hat es große Wichtigkeit, zuerst die realen Bedürfnisse der Bevölkerung zu kennen, anstatt wahllos und unhinterfragt Medikamente an Menschen zu verteilen. Wie es scheint haben dieser Aspekt und die realen Kompetenzen von Hilfsorganisationen in der Verteilung von Geldern für Entwicklungszusammenarbeit seitens der österreichischen Regierung keine Bedeutung. Diese Fragestellung bedarf einer

genaueren Ausführung, würde allerdings den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen. Mein Mitwirken bei den Vereinen schränkte meines Erachtens die Informationsbereitschaft meiner Informanten ein - aus Angst als rückständig betrachtet zu werden und keine Medikamente mehr zu erhalten. Auf die Schwierigkeiten, welche sich in Bezug auf meine Position im Forschungsfeld ergaben, bin ich bereits eingegangen; sie finden im Abschnitt über meine Erfahrungen während der Feldforschung erneut Erwähnung.

Weiters konnte ich mit einer Dame von „Apotheken ohne Grenzen“, die in Mexiko City diverse NGOs unterstützte, Kontakt aufnehmen. Sie betonte jene Schwierigkeit, dass Medikamentenspenden aus Deutschland oft kurz vor dem Ablaufdatum stehen bzw. Arzneien enthalten, die von der Bevölkerung im Allgemeinen nicht benötigt werden. Häufig kommt es zu langen Wartezeiten, da die Spenden im Zoll feststecken (Interview mit Regina, 24.10.06). Ein weiterer Aspekt der mir genannt wurde, war jener, dass der Import von Medikamenten häufig vom Zoll mit dem Argument, dass der mexikanische Staat der Bevölkerung ohnehin genügend medizinische Ressourcen für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellt, abgelehnt bzw. erschwert wird (Interview mit Hannes, 15.10.2006).

Auch wenn die Biomedizin, quantitativ betrachtet, durch institutionalisierte Körperschaften, private Ärzte und Apotheken, die am meisten verwendete medizinische Form in Mexiko darstellt, gibt es zahlreiche andere Formen der Gesundheitsversorgung, welche als Alternativen oder als Ergänzung zur biomedizinischen Behandlung in Betracht gezogen werden können. Gerade in Ländern wie Mexiko, wo Armut eine bedeutende Ursache für Krankheiten darstellt, ist die teure technische Medizin unrelevant (vgl. Worsley 1997: 228), was ein vermehrtes Interesse an medizinischen Alternativen mit sich bringt. Neben den hohen Kosten, welche für eine biomedizinische Behandlung aufgebracht werden müssen, wird die Biomedizin für die schlechte Qualität der medizinischen Leistungen und wegen der konfliktbesetzten Beziehungen zwischen Biomedizinern und Laien kritisiert (vgl. Napolitano 2002: 125). Diese

Gründe tragen ebenfalls dazu bei, andere Medizinen als die Biomedizin zu verwenden.

Worsley erkennt, dass es in jeder Kultur eine Vielzahl an unterschiedlichen Vorstellungen gibt, wie mit Missbefinden umgegangen werden kann. Er meint, je komplexer sich eine Gesellschaft darstellt, um so größer ist die Zahl der unterschiedlichen angebotenen alternativen Behandlungsmethoden (vgl. Worsley 1997: 239) und betont dabei auch, dass die oft sehr komplexen medizinischen Vermischungen von Glaubensvorstellungen und Praktiken nicht klar in die beiden Kategorien „traditionell“ und „westliche“ passen (vgl. Worsley 1997: 225). Nicht nur die Biomedizin hat sich weltweit organisiert, sondern allen voran auch die Homöopathie. Auf die Homöopathie und auf einige andere Arten der Medizin, welche in Mexiko zu finden sind, nehme ich nachstehend Bezug.

#### 4.3.2. Die Homöopathie<sup>20</sup>

Nicht nur die Biomedizin hat sich weltweit organisiert, sondern allen voran auch die Homöopathie. Durch ihren internationalen Status erhält auch sie innerhalb nationaler Gesundheitsversorgungssysteme politisches Gewicht (vgl. Last 1996: 377). Die Homöopathie stellt in Mexiko den größten Konkurrenten der Biomedizin dar. Homöopathische Behandlungen sind seit den 1850ern in Mexiko zu finden und wurden schnell zu einer wichtigen Alternative zur biomedizinischen Gesundheitsversorgung. 1895 wurde die „Nationale Schule für Homöopathie“ gegründet und bis heute vom Gesundheitsministerium gefördert. Die homöopathische Ausbildung hat die akademische, biomedizinische Ausbildung als Grundlage und wird mit einer anschließenden, zweijährigen Ausbildung in homöopathischer Materia Medica ergänzt. Grundsätzlich haben die ausgebildeten Homöopathen das Recht als Ärzte in staatlichen medizinischen Einrichtungen

---

<sup>20</sup> Die Homöopathie wurde zu Beginn des 19. Jhdt. in Deutschland von Samuel Hahnemann (1755 – 1843) begründet. Mexiko ist neben Indien ein weiteres Land, in dem die Homöopathie weite Verbreitung fand (vgl. Buxbaum 2005: 58). Die Homöopathie hat unter anderem humoralpathologische Ansätze und den Leitsatz Gleiches heilt Gleiches, d.h. das was Gesunde krank macht, kann Kranke gesund machen; die Biomedizin verallgemeinert, die Homöopathie achtet das Individuum (vgl. Finkler 2001: 57).

ihrem Beruf nachzugehen (vgl. Finkler 2001: 56f). Diese Form der Ausbildung bringt eine „allopathische Art und Weise“ mit sich, wie die Homöopathie praktiziert wird (vgl. Napolitano 2002: 118ff). Homöopathen selbst sehen, wie die Untersuchung von Napolitano zeigt, ihre Medizin als eine logische Weiterentwicklung von traditionellen, religiösen Heilungsformen, welche mit einem starken Glauben verknüpft waren, hin zu einer neuen wissenschaftlichen Methode, welche Elemente aus der Biomedizin, wie auch Elemente aus traditionellen medizinischen Praktiken kombiniert (vgl. Napolitano 2002: 118-125).

Die Entscheidung eines Patienten die Homöopathie zu verwenden wird selten aufgrund ideologischer Annahmen oder aufgrund der zugrunde liegenden homöopathischen Prinzipien getroffen. Wie homöopathische Leistungen von Menschen angenommen werden hängt mit vorangegangenen Erfahrungen am medizinischen Sektor und mit den sozioökonomischen Gegebenheiten der Patienten zusammen. Menschen, die keinen Zugang zu qualifizierten Biomedizinern haben, wenden sich gerne dieser Medizin zu, aber auch das Vertrauen in einen kompetenten Homöopathen, dessen verständnisvolle Beziehung zum Patienten und Talent zu diagnostizieren, wie auch homöopathischen Arzneien, welche als natürlich betrachtet werden, sind Pullfaktoren, warum die Homöopathie gerne Verwendung findet (vgl. Napolitano 2002: 118-126). Napolitano erkannte, dass sich Personen für die erste Diagnose häufig an staatlichen Einrichtungen wenden und suchen in Folge zur Behandlung einen Homöopathen auf (vgl. Napolitano 2002: 121f). Bei der Verwendung von homöopathischen Globuli sprechen Menschen häufig von „chochitos“<sup>21</sup>, um homöopathische Terminologien zu verwenden (vgl. Napolitano 2002: 121f). Obwohl Menschen darüber Bescheid wissen, dass sich diese Behandlung von der konventionell verschriebenen Medizin unterscheidet, werden „los chochitos“ häufig mit natürlichen Arzneien assoziiert. Dies zeigt, dass Menschen oft kein Verständnis von der Art und Weise der homöopathischen Wirkungsweise haben (vgl. Napolitano 2002: 123).

---

<sup>21</sup> Sinngemäß übersetzt „kleine Tablettchen“ (Anm. d. Aut., Interview Nayeli, 01.11.2006);

Die Verwendung der Homöopathie ist in Mexiko u.a. deshalb so populär, weil hier die Zeit und der Raum bleiben, um auch die individuelle Lebensgeschichte der Patienten mit deren Ängsten und Problemen zu beachten und nicht, wie in der Biomedizin, nach symptomatischen Verallgemeinerungen in der Diagnose gesucht wird. Entsprechend der mexikanischen Volksmedizin werden auch in der homöopathischen Behandlung emotionale Angelegenheiten als Krankheitsursache in Betracht gezogen (vgl. Finkler 2001: 56f). Weitere Gründe für die Beliebtheit sind die kostengünstigen Arzneien und das Misstrauen in die Biomedizin (vgl. Napolitano 2002: 125). Die Biomedizin wird häufig kritisiert bestimmte Symptome zwar zu lindern, jedoch weitere Beschwerden hervorzurufen und bei bestimmten Krankheiten erfolglos zu bleiben. Dem gegenüber steht die Meinung, dass homöopathische Mittel im Gegensatz zu biomedizinischen Arzneien natürlich und deshalb nicht schädlich sind (vgl. Napolitano 2002: 121f). Wie wir gesehen haben, steht bei der Entscheidung des Patienten für homöopathische Behandlungen weniger die Wahrnehmung der grundlegenden Unterschiede zwischen den Medizinen und den dahinterstehenden theoretischen Prinzipien im Vordergrund. Es ist eher die Art und Weise, wie der Homöopath mit dem Patienten eine Beziehung eingeht und dabei gleichzeitig biomedizinische Methoden wie auch natürliche Arzneien verwendet und oft kostengünstiger ist (vgl. Napolitano 2002: 118-126). Auch meine Feldforschung zeigte, dass die Homöopathie einen hohen Stellenwert in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung hat. Auf die teilnehmende Beobachtung bei einer Homöopathin während meines Aufenthaltes in Mexiko City werde ich in weiterer Folge gesondert eingehen.

#### 4.3.3. Die traditionellen Medizinen Mexikos

Neben der Homöopathie nehmen auch die traditionellen Medizinen Mexikos einen hohen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein. Sie können allerdings keinen Anspruch auf offizielle bzw. rechtliche Anerkennung genießen (vgl. Hartmann 1997: 70). So zahlreich sich die unterschiedlichen indigenen Bevölkerungsgruppen in Mexiko zeigen, so vielfältig sind auch ihre

traditionellen Medizinen, weshalb hier nicht von der einen traditionellen Medizin gesprochen werden kann. Es ist notwendig, die medizinischen Tätigkeiten in ihrem jeweiligen kulturellen Kontext zu betrachten. Die Praktiken dieser Medizinen sind überall durch unterschiedliche kulturelle und religiöse Einflüsse anders geprägt und verändern sich ständig. Dennoch finden sich zahlreiche gemeinsame Charakteristika bezüglich der medizinischen Kenntnisse und Praktiken der indigenen Kulturen, auf die ich jetzt Bezug nehme.

#### 4.3.3.1. Die Geschichte der traditionellen Medizinen

„Die traditionellen mexikanischen Medizinen umfassen verschiedene Heilsysteme, die prähispanischen Ursprung haben“ (Buxbaum 2005: 59). Die Geschichte Mexikos zeigt, dass die traditionellen Medizinen immer wieder starken Veränderungen unterlagen. Während der spanischen Eroberung gingen zahlreiche traditionelle Elemente verloren, zahlreiche Praktiken blieben dennoch erhalten und andere Elemente wiederum vermischten sich mit traditionellen und importierten Praktiken. Damals wurden auch Krankheitskonzepte und Behandlungsmethoden aus Europa bzw. Spanien importiert (vgl. Hartmann 1997: 69). Über die Schwierigkeit aufgrund der geringen historischen Aufzeichnungen exakte Angaben über den Ursprung vieler indigener Medizinen zu tätigen, wurde bereits berichtet.

Wie schon erwähnt, stehen traditionelle Vorstellungen über das Wohlergehen von Menschen auch mit einem humoralpathologischen Konzept in Verbindung. Über den Ursprung des bereits genannten „Kalt-Warm-System“ herrscht bis heute Unklarheit. Einerseits wird davon ausgegangen, dass dieses Konzept schon den Azteken bekannt war, auf der anderen Seite ist jene Überzeugung zu finden, dass dieses System während der Conquista im 16. Jhd. in Lateinamerika verbreitet wurde (vgl. Greifeld 2003: 113).

#### 4.3.3.2. Krankheitsvorstellungen der traditionellen Medizinen

Die Vorstellung über die Einheit von Körper, Geist und Seele und das Gleichgewicht dieser Elemente ist ausschlaggebend für die Gesundheit des

Menschen und kann als Merkmal für die traditionellen Medizinen gesehen werden. Dieses Gleichgewicht kann u.a. aufgrund von schlechten ökologischen Bedingungen und zwischenmenschlichen Spannungen beeinträchtigt werden, was eine Krankheit zur Folge haben kann. Diese Vorstellung bringt mit sich, dass der Mensch in seiner Ganzheit betrachtet werden muss, um einen Heilerfolg erzielen zu können (vgl. Hartmann 1997: 72). Als weitere Grundlage dient das schon erwähnte „Warm-Kalt-System“, welches im ganzen lateinamerikanischen Raum bekannt ist und in seinem Inhalt an die Humoralpathologie des antiken Europas erinnert (vgl. Greifeld 2003: 113). Krankheiten können natürliche und übernatürliche Ursachen haben, wobei sich die medizinische Behandlung „nach der Herkunft der Erkrankung“ (Hartmann 1997: 78) richtet. Die Diagnose einer Krankheit und die Interpretation der Symptome werden meist anhand von Patientenbefragungen vorgenommen. „Einzelne Symptome können bei ganz unterschiedlichen Arten von Erkrankungen auftreten, so dass nur durch die Beachtung ihres Zusammenspiels eine richtige Diagnose erstellt werden kann“ (Hartmann 1997: 78).

#### 4.3.3.3. Die Behandlung von Krankheiten

Für die Heilung von Krankheiten werden verschiedene natürliche, religiöse, magische und gemischte Methoden angewendet. In der Behandlung kommen sowohl Reinigungs- und Heilrituale zum Einsatz, welche sich jeweils nach der Art der Herkunft der Erkrankung richten, wie auch der Gebrauch von pflanzlichen, tierischen oder mineralischen Heilmitteln. Auch die Behandlungstechniken haben sich im Laufe der Zeit verändert bzw. sich den vorherrschenden Gegebenheiten angepasst. So kann es sein, dass in der heutigen traditionellen Heilkunde auch chemische Präparate aus der Apotheke nicht ausgeschlossen werden (vgl. Hartmann 1997: 72f). Die Kräuterkunde wird als traditionelles Erbe angesehen und hat große Wichtigkeit in der Behandlung von Krankheiten. Es kommt eine Vielzahl von Kräutern zum Einsatz, aus denen Absud, Tee, Einreibungen etc. hergestellt werden. Vor allem Frauen verfügen hier über einen großen Schatz an laienmedizinischen Kenntnissen (vgl. Greifeld 2003: 117). Weiterführende



Beispiele zu genaueren Beschreibungen einzelner traditioneller Heiltechniken sind in der Fußnote zu finden<sup>22</sup>.

#### 4.3.3.4. Die Wissensvermittlung

Traditionelle Heiler sind ausgebildete Spezialisten, die ihr Wissen oft durch die Vermittlung der Eltern, Großeltern oder anderer Lehrer erwerben. Auch hier werden die Heiler, ähnlich wie im Schamanismus, häufig durch Träume berufen. Sie erkennen Krankheiten, arbeiten als Hebammen, sind kräuterkundig uvm. (vgl. Hartmann 1997: 73). Das Wissen über biologische, zoologische und andere natürliche Ressourcen wird als kulturelles Erbe betrachtet und von Generation zu Generation weitergegeben. Es hat auch heute noch eine wichtige Stellung in der Gesundheitsversorgung. Eine medizinische Organisationsstruktur ist gut erkennbar. Aufgrund ihrer Fähigkeiten kommen Heiler in den Genuss eines hohen sozialen Ansehens in der Gesellschaft (vgl. Hartmann 1997: 73).

#### 4.3.3.5. Heilerpersönlichkeiten

Die traditionellen Medizinen umfassen diverse Heilerpersönlichkeiten. Die jeweiligen Berufsbezeichnungen genau zu definieren spiegelt jedoch die Schwierigkeit wieder, Heiler klar europäischen Kategorien zuzuordnen (vgl. Greifeld 2003: 127). Je nach Region und Fähigkeiten der Heiler tragen sie unterschiedliche Namen. Es gibt „die Partera, die traditionelle Hebamme; den Huesero, der Muskelverspannungen lockert und Knochenbrüche richtet; den Hierbero als Kräuterfachmann; die allgemeine spanische Bezeichnung Curandero für HeilerInnen, die „ganzheitlich“ heilen, also nicht nur einzelne Aspekte wie Knochen oder Geburten ihre Aufmerksamkeit widmen; Espiritualistas, die vorwiegend in Städten zu finden sind und ihre Kräfte und Symbole aus dem christlichen Gedankengut in synkretistischer Mischung schöpfen und ihre Klienten im Kontakt mit den gerufenen Geistern teilnehmen lassen;“ (Greifeld 2003: 127), reisende Händler, medizinische Hausierer, Kräuterkundige und

---

<sup>22</sup> Pek, Sabine: Mexihka-Pactli. Heilrituale in der traditionellen mexikanischen Medizin der Mexihka. Diplomarbeit, Universität Wien, 2006  
Buxbaum, Birgit: Die Verwendung der Klapperschlange in der traditionellen mexikanischen Medizin. Dissertation, Universität Wien, 2005

Spezialisten für kulturgebundene Syndrome (vgl. Finkler 2001: 56f). Auf diese diversen Spezialisten werde ich nun etwas genauer eingehen, wobei zu beachten ist, dass diesen Persönlichkeiten zwar unterschiedliche Fähigkeiten und Tätigkeiten zugesprochen werden, sie können sich aber sehr wohl auch überschneiden. Zur Beschreibung dieser Charaktere habe ich v.a. Zitate von diversen Autorinnen herangezogen.

Hueseros: sind für „Verstauchungen, Verrenkungen und alle anderen Beschwerden, die mit dem Bewegungsapparat in Zusammenhang stehen, zuständig. In früheren Zeiten behandelten sie auch Knochen- und Leistenbrüche; heutzutage wagen sie sich an diese Art von Verletzungen nur im äußersten Notfall heran“ (Kazianka 2007: 31f).

Sobaderos: „Der Ausdruck sobadero bedeutet Masseur. Die Arbeit des Masseurs ist mit dem Muskel- und Skelettapparat verbunden. Man sucht ihn aber vor allem auf, wenn die „Organe ihren Platz verlassen (wandern)“ wie z.B. bei Hodenerschlaffungen, (...) und Gebärmuttersenkungen“ (Buxbaum 2005: 89). Dieser Heiler ist zuständig für Beschwerden wie Zerrungen, gebrochene Knochen und Muskelschmerzen (vgl. Buxbaum 2005: 89)

Parteras: sind für sämtliche, nicht nur medizinische, Probleme rund um die Frau zuständig - wie für Schwangerschaft, Geburt, Pflege der Säuglinge und Unterstützung im Haushalt während des Wochenbettes etc. „Sie wissen, welche Pflanzen sich fördernd oder eben auch schädlich für die Fruchtbarkeit auswirken, bringen den werdenden Müttern die Ernährungsvorschriften bei, massieren die Schwangeren, um die Föten in die richtige Lage zu bringen und pflegen die Mütter nach der Geburt“ (Kazianka 2007: 32). Diese Tätigkeiten werden meist von Frauen ausgeführt, die durch eigene Erfahrungen gelernt und Wissen von anderen Hebammen erhalten haben. „Sie erfüllt eine wichtig soziale Funktion, da sie diejenige Person ist, welche die Kinder zur Welt bringt und somit eine Beschützerin der Gemeinschaft und eine Respektperson darstellt“ (Buxbaum 2005: 89).

Hierberos: „Der hierbero ist ein Kräuterefachmann, der sich vor allem durch ein tiefes Wissen über Heilpflanzen auszeichnet. Sein Wissen wird von Generation zu Generation vererbt. Neben dem Gebrauch von Kräutern und Pflanzen sind Rituale und Gebete Bestandteile seiner therapeutischen Praxis“ (Buxbaum 2005: 89).

Brujos: „Eine gesonderte Stellung unter den Spezialisten der traditionellen Medizin nehmen die sogenannten brujas und brujos („Hexen“ und „Hexer“) ein, die über spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich der Magie verfügen. Ihre Heilkünste gelten als besonders wirksam, aber auch als gefährlich, denn sie sollen einen Menschen nicht nur von einer Krankheit befreien können, sondern ihm auf Wunsch anderer Personen auch jegliches Übel „anhexen“ können“ (Hartmann 1997: 73). Auch Buxbaum und Greifeld berichten von Brujos und Hechiceros (Zauberer), welche übernatürliche Fähigkeiten und die Macht besitzen, anderen Schaden zuzufügen zu können (vgl. Greifeld 2003: 128; Buxbaum 2005: 90).

Curanderos: „ist die allgemeine Bezeichnung für Heiler ohne besondere Spezialisierung. Diese heilen „ganzheitlich“ und sind nicht nur Experten für einzelne Bereiche wie Knochenbrüche oder Heilpflanzen“ (Greifeld 2003: 127). Dieser Begriff wurde während der Eroberung aus Spanien eingeführt und spricht ganz allgemein indigene Heiler an (vgl. Pek 2006: 36). Sie sind ausgebildete Spezialisten, welche ihr Wissen meist von den Eltern vermittelt bekamen (vgl. Hartmann 1997: 73). Die „indigenen Heilkundigen besitzen die besondere Fähigkeit, Krankheiten zu erkennen und wirksame Heilmethoden anzuwenden zu können. Sie arbeiten unter anderem als Hebammen, behandeln Knochenbrüche, massieren, führen sogenannte limpieas (Reinigungsrituale) durch und verfügen über umfassende Kenntnisse bezüglich der Heilpflanzen“ (Hartmann 1997: 73). Wie diese Tätigkeiten verraten „sind die Aufgaben der CuranderosAs je nach Ausbildung und Können weit gestreut. Sie sind aufgrund der großen Bandbreite an Wissen, Methoden etc. schwer einzuschätzen. Prinzipiell sind die

CuranderosAs im indigenen Modell für sämtliche Krankheiten natürlichen Ursprungs zuständig. Sie helfen bei Grippe, Kopfschmerzen, Brechdurchfall etc. Krankheiten wie Krebs, AIDS oder Diabetes heilen sie nicht. Hier verweisen sie häufig auch auf die Biomedizin. Neben diesen Krankheiten sind die CuranderosAs aber auch für jene energetischen Ursprungs zuständig“ (Kazianka 2007: 32).

Chamán: Außer dem Brujo gibt es noch den Schamanen, „der – allgemein gesprochen - mit überirdischen Kräften in Verbindung steht oder anders ausgedrückt: über metaphysische Kräfte verfügt. In der Person des Schamanen wird die Eingebundenheit des Heilers in die jeweilige Weltsicht oder Religion besonders deutlich“ (Greifeld 2003: 128). Allgemeine Merkmale des Schamanismus sind das reiche Wissen über Heil- und Reinigungsrituale, über medizinische Pflanzen, Seelenreisen und die Verbindung zu Ahnen, Gottheiten, Geistern und Tieren, sie arbeiten in Trance und werden durch Träume oder Krankheiten zur ihrer Tätigkeit berufen (vgl. Eliade 1974: 276ff, Janzen 2002: 60f). Einige Autoren gehen davon aus, dass Schamanismus eine der ersten Heilungstraditionen ist und durch Migration über die Beringstraße von Asien nach Amerika gebracht wurde. Die Grenze vom Curandero zum Brujo ist nicht strikt zu ziehen, da diese Begriffe mit unterschiedlichen Bedeutungen verbunden sind, von Menschen unterschiedlich wahrgenommen werden und sich auch regional unterscheiden. Dieser Aspekt kam auch während meiner Feldforschung zu tragen. In manchen Quellen sind genaue Definitionen dieser Termini zu finden, in anderen wird auf eine exakte Unterscheidung dieser Persönlichkeiten verzichtet (z.B. Greifeld 2003, Joralemon 1993, Pek 2006: 38).

Buxbaum erwähnt auch noch den „granicero“, der mit der Kontrolle der klimatischen Phänomene in Zusammenhang steht (vgl. Buxbaum 2005: 89); den „adivino“ (Wahrsager), welcher „mit dem Glück (suerte) einer Person in Zusammenhang steht“ und dabei mit Traumanalysen, Orakeltechniken und halluzinogenen Pflanzen arbeitet; und den „chupadorn“, welcher sich „bei seiner

Behandlung der Technik des Aussaugens von Gegenständen“ bedient, die der erkrankten Person z.B. durch Hexerei zugefügt wurden (Buxbaum 2005: 90).

In diesem Kontext wäre auch der Aspekt der Förderung der traditionellen Medizinen<sup>23</sup> durch diverse Institutionen interessant, auf den ich hier jedoch nicht weiter eingehen werde, da auch noch andere Medizinen Erwähnung finden sollen.

#### 4.3.4. Spirituelle Heiler

Eine weitere Möglichkeit sich gesundheitlich zu versorgen, stellt der spirituelle Heiler dar. In erster Linie handelt es sich hier allerdings um eine religiöse Bewegung, welche sich gegen die katholischen Lehren richtet und erst in zweiter Linie um eine medizinische Ressource (vgl. Finkler 1985: 11ff). Diese Bewegung wurde in den 1860ern gegründet (vgl. Buxbaum 2005: 58, Finkler 1985: 17ff). Finkler schreibt: „it arose in the nineteenth century, when Mexico was in the process of becoming industrialized and increasingly differentiated along social class lines, and the movement responds specifically to cognitive demands for social equality and order“ (Finkler 1985: 11). Mitte des 19. Jhdts. kam es in Mexiko zu groben Veränderungen in Politik, Ökonomie und im sozialen Leben der Bevölkerung, welche starken Einfluss auf die mexikanische Gesellschaft hatten (vgl. Finkler 1985: 17). Mit der Industrialisierung entstand eine neue Mittelklasse, womit auch die soziale Klassenteilung wuchs. Indem die katholische Kirche ebenfalls zur Legitimierung dieser Mittelklasse beitrug, entstanden im Laufe der Zeit auch Bewegungen, welche die katholischen Lehren ablehnen (vgl. Finkler 1985: 31). Die Ideologie der hier angesprochenen religiösen Bewegung, welche sich v.a. gegen die ungleiche Verteilung von Ressourcen richtet, bringt auch eine entsprechende Vorstellung über Krankheit mit sich.

Diese Form der Heilbehandlung zeigt ein Beispiel für die Zusammenhänge zwischen historischen Gewalten, sozioökonomischen Strukturen, Religion und

---

<sup>23</sup> Diesbezüglich wird z.B. das INI (Instituto Nacional Indigenista) und das CIESAS (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social) erwähnt (vgl. Hartmann 1997: 80f).

Gesundheit. Finkler hat diese Bewegung mit ihren Vorstellungen über Krankheitsursachen, deren Techniken zur Heilung, den Prozess der Entscheidungsfindung diese Möglichkeit zu nutzen und die Beziehungen der Akteure zueinander, in ihrem Buch „Spiritualist Healers in Mexico“<sup>24</sup> dargestellt (vgl. Finkler 1985: 4). Heute nennen sich die Anhänger dieser Bewegung „Espiritualistas trinitarios marianos“ (Buxbaum 2005: 58). Laut Finkler sind die Heiler dieser Medizin in Tempeln organisiert. Ihre Erfolge erzielen sie, indem sie spezielle gesundheitliche Bedürfnisse decken können, welche von der Biomedizin nicht angesprochen werden (vgl. Finkler 2001: xi). Die spirituellen Tempel werden meist von Frauen geführt und unterstehen einer hierarchischen Struktur mit einem Haupttempel in Mexiko City (vgl. Finkler 1985: 14). Die Leiterinnen der Tempel sind bekannte Heilerinnen, welche durch Gott dazu berufen werden, einen neuen Tempel zu gründen (vgl. Finkler 1985: 16). Spirituelle Anbieter versorgen die Anhänger mit kosmologischen, ethischen und liturgischen Anweisungen und definieren die Beziehung zwischen dem Menschen mit Gott, Geistern und den Mitmenschen (vgl. Finkler 1985: 13ff).

Spirituelle Tempel waren ursprünglich eher in urbanen Regionen zu finden. Heute sind diese Einrichtungen in ganz Mexiko und auch in den USA zu finden (vgl. Finkler 1985: x). Die Ausbreitung dieser Bewegung führt Finkler auf drei Ursachen zurück: erstens auf den Ausbau der Straßen und öffentlichen Verkehrsmittel, welcher größere Mobilität ermöglicht; als zweiten Grund sieht Finkler das Aufkommen der Biomedizin und deren Verfügbarkeit in der ländlichen Region, was einen Rückgang der lokalen Curanderos und den Verlust deren Legitimität zur Folge hatte; weiters betont Finkler die Geschichte dieser Bewegung zu beachten, weil dadurch Zusammenhänge zwischen soziokulturellen und ideologischen Veränderungen und wichtige Gründe für deren Wachstum als Gesundheitsbewegung aufgezeigt werden können (vgl. Finkler 1985: 10, 17).

---

<sup>24</sup> In diesem Buch verfolgt die Autorin zwei wesentliche Anliegen: 1. die Wahrnehmung der Patienten über das therapeutische Ergebnis der „Nicht-Biomedizinen“ und 2. wie historische, soziale und ökonomische Faktoren ein therapeutisches System herausfordert (vgl. Finkler 1985: 4).

In einem spirituellen Tempel finden sich mehrere Heiler, sogenannte „Facultades“ ein, welche während der Behandlung in Trance fallen (vgl. Buxbaum 2005: 58). Diese werden durch Assistenten unterstützt, deren Aufgabe es ist, die Patienten den Heilern zuzuweisen, die Heiler mit diversen Hilfsmitteln, wie aromatisiertem Wasser für Reinigungsrituale auszustatten. Weiters werden die Assistenten angewiesen, die jeweiligen Anweisungen des Heilers an den Patienten zu notieren. Diese Notizen werden dem Patienten ausgehändigt und sind bei Folgebehandlungen mitzubringen. Während einer Folgebehandlung können die Heiler aufgrund der verschriebenen Anweisungen auf den damaligen Gesundheitszustand des Patienten Rückschlüsse erzielen (vgl. Finkler 1985: 83f). Finkler betont, dass sich die Behandlungen zwischen Menschen, die regelmäßig und jene, die zur Erstbehandlung bzw. bloß sporadisch in den Tempel kommen, unterscheiden. Die Dauer der Behandlungen für die zweite Gruppe beträgt nur wenige Minuten und beinhaltet vier Phasen. Zuerst wird der Patient gereinigt, indem der Heiler über den Körper des Patienten streicht und leicht massiert. Die zweite Phase beinhaltet das Patientengespräch, wobei vom Patienten alle Beschwerden vorgetragen werden. Meist fällt der Heiler während dieser Phase in Trance. In der dritten Phase werden diverse Arzneien und sonstige Anweisungen verschrieben. Diese beinhalten meist medizinische Pflanzen, Massagen, Tees und Bäder wie auch pharmazeutische Arzneien (vgl. Finkler 1985: 86ff). Am Ende wird der Patient vom Heiler gesegnet, die Anweisungen werden nochmals wiederholt und die Behandlung beendet. Beim Verlassen des Tempels hinterlässt der Patient als Bezahlung eine Spende. Die Diagnose über die genaue Krankheitsursache spielt in dieser Medizin eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Finkler 1985: 89). Regelmäßige Besucher des Tempels holen ebenfalls Ratschläge und Behandlungen von Heilern ein, erzählen über ihre Träume sowie ihre nicht-alltäglichen Erfahrungen und können länger Aufmerksamkeit während der Konsultation erwarten. Diesen Besuchern wird immer wieder versichert, dass sie durch die spirituelle Welt geschützt sind. Sie genießen im Laufe der Zeit eine engere Beziehung zu den Heilern, fungieren gelegentlich auch als Assistenten und können sich selbst zu spirituellen Heilern entwickeln. Während Rituale, die zur Entwicklung der Fähigkeit zu heilen dienen, üben sich die Menschen darin, mit

Trancezuständen umzugehen. Die Dauer dieser Entwicklungsphase hält so lange an, bis ein Beschützer aus der spirituellen Welt während eines Rituals den neuen Heiler ernennt und diese Ernennung auch von den Anwesenden gehört wird. Damit wandelt sich die Rolle des Patienten in die Rolle des Heilers (vgl. Finkler 1985: 109).

Finkler untersucht ebenfalls die Muster, wie Menschen unterschiedliche Gesundheitsressourcen nutzen. Lebensbedrohende Beschwerden werden für gewöhnlich nicht im spirituellen Tempel, sondern im biomedizinischen Bereich behandelt (vgl. Finkler 1985: xi). Menschen, die spirituelle Tempel regelmäßig aufsuchen, haben für gewöhnlich auch deren religiösen Lehren übernommen und suchen die Tempel als erste Ressource in der Behandlung von Krankheiten auf. Erstbesucher wenden sich dieser Medizin meist aufgrund des Versagens vorangegangener medizinischer Behandlungen zu. Finkler erkennt auch noch Menschen, die spirituelle Tempel gewohnheitsbedingt aufsuchen und den größten Anteil der Besucher darstellen. Diese Menschen entscheiden sich aufgrund von vorangegangenen positiven Erfahrungen mit dieser Medizin und suchen diese bei anderer Gelegenheit erneut auf (vgl. Finkler 1985: 58f).

Finkler betont weiters, dass es sich hier eher um eine komplementäre Medizin handelt, welche die Biomedizin ergänzt, als um eine mit der Biomedizin im Wettbewerb stehende Medizin. Sie würde hier eine institutionalisierte Zusammenarbeit als sinnvoll betrachten, da sowohl Patienten wie auch medizinische Anbieter davon profitieren würden. „Both physicians and Spiritualist healers could as a matter of course refer a patient for appropriate treatment, depending on the syndrome and based on an understanding of the patient’s cultural requisites for recovery” (Finkler 1985: 195).

#### 4.3.5. Medicina Popular

Medicina popular ist ein Überbegriff für unterschiedlichen Arten der alternativen Medizin, welche sowohl Wissen über die Anwendung von Heilkräutern, wie auch Akupunktur, Akupressur, Reflexiologie, Kräuterarzneien und Massagen



inkludieren und diese auch kombinieren kann. Napolitano untersucht, wie ich in weiterer Folge noch ausführen werde, eine Gruppe in Mexiko, die sich auf dieses medizinische Wissen bezieht. Hier geht es um geteiltes medizinisches Wissen innerhalb einer Gruppe, welches zur Hilfe, zur Selbsthilfe und zur Stärkung des Bewusstseins der Menschen beiträgt (vgl. Napolitano 2002: 102f). Krankheit wird auch hier auf die Struktur der Gesellschaft mit ihren schwierigen sozialen Lebensbedingungen zurückgeführt. Die Ursache für Missbefinden wird in ideologischen Konflikten, welche selbst wiederum auf eine kapitalistische Produktionsbeziehung zurückzuführen sind, lokalisiert. Krankheit wird mit dem Misserfolg einer Gesellschaft, adäquate Ressourcen für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen, assoziiert (vgl. Napolitano 2002: 103). Napolitano beschäftigt sich eingehender mit dieser Medizin. Menschen in ihrer Untersuchung wenden sich bei Missbefinden entweder heilkundigen Personen innerhalb der Gruppe zu, welche die medicina popular anwenden, weiters werden Curanderos aufgesucht und eine weitere medizinische Ressource stellt die Homöopathie dar, welche sich eher auf die Wissenschaftlichkeit als auf ideologische Vorstellungen bezieht und auf eine biomedizinische Art und Weise praktiziert wird (vgl. Napolitano 2002: 114f).

#### 4.3.6. Andere medizinische Ressourcen

Neben den genannten Möglichkeiten zur Gesundheitsversorgung existieren zahlreiche weitere Optionen, welche dem Konsumenten, vorausgesetzt leistbar, angeboten werden. Das sind z.B. Yoga, TCM, Akupunktur oder Akupressur, auch „sogenannte tienda naturistas, eine Art Gemischtwarenladen mit Produkten aus überwiegen natürlichen Rohstoffen“ (Hartmann 1997: 70), wie diverse Nahrungsmittel, Tees, Salben, etc. Eine Informantin berichtete mir von dem „Purification Rundown“. Auf diese Informantin und ihre Erfahrungen werde ich in Folge noch Bezug nehmen. Beim „Purification Rundown“ geht es darum, den Körper von Radioaktivem (z.B. aufgenommen durch Röntgenuntersuchungen) und schädlichen Umwelteinflüssen zu entgiften. Dem Körper werden hier entsprechende Mineralien und Vitamine zugeführt, um das Immunsystem zu stärken. Hinter diesem Konzept steckt die orthomolekulare Medizin. Im

Mittelpunkt steht hier „(...) die Verwendung von Vitaminen und Mineralien zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten“ (<http://de.wikipedia.org/wiki/Orthomolekular>). „Aus Sicht der orthomolekularen Medizin führen Krankheiten stets zu einem biochemischen Ungleichgewicht im Körper, das durch geeignete, gesunde Ernährung unter Hinzunahme von Nahrungsergänzungsmitteln ausgeglichen werden könne. Substanzen wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente, essentielle Fettsäuren und Aminosäuren sowie weitere sogenannte Vitalstoffe werden als für den Körper verträglicher, risikoloser und heilsamer angesehen als körperfremde Stoffe wie Pflanzenextrakte, Heilkräuter oder synthetische Medikamente“ (<http://de.wikipedia.org/wiki/Orthomolekular>). Ein Organismus wird krank, wenn die Moleküle des Organismus nicht mehr richtig gereiht sind. Durch die richtige Ernährung kann man die richtige Struktur wieder herstellen. Der Purification Rundown ist eine Therapie, in der zunächst körperliche Betätigung wichtig ist, damit sich Giftstoffe im Körper lösen können. Als nächsten Schritt muss regelmäßig eine Art Sauna aufgesucht werden, um alle Giftstoffe auszuschwitzen und weiters wird Niacin (ein B-Vitamin) eingenommen, um die Radioaktivität aus dem Körper zu leiten. Dieses Reinigungsritual ist ein mehrwöchiger Prozess und muss täglich durchgeführt werden (Interview Aida, am 05.12.06).

#### 4.3.7. Märkte

Die zahlreichen Märkte haben einen hohen Stellenwert in der Versorgung der Bevölkerung (nicht nur) mit medizinischen Materialien. Einerseits werden hier diverse Arzneien und Paraphernalia zum Verkauf angeboten, andererseits bieten hier diverse medizinische Spezialisten auch ihre Behandlungen an (z.B. Reinigungs- und Heilrituale). Sowohl Laien wie auch Spezialisten versorgen sich hier mit den notwendigen Mitteln. Die Märkte in den Städten sind voll von traditionellen Arzneien. In einem Markt in Pátzcuaro, Mexiko, bemerkte Worsley Arzneien, welche für Husten, Asthma, Rheuma, Durchfall, Diabetes, Hautprobleme etc. angeboten werden. Die Krankheiten werden in westlichen Begriffen angegeben, wobei es sich aber meistens um traditionelle Arzneien handelt. Im Angebot sind nicht nur Kräuter, Samen, Blätter und Wurzeln, sondern

auch Schlangenhäute und andere getrocknete Tiersubstanzen, weiters auch Bilder von Heiligen, Räucherstäbchen usw. Diese Materialien sind nicht unbedingt kostengünstig in Relation zum Einkommen. Worsley erkennt die Verwendung dieser Arzneien bei gewöhnlichen, alltäglichen Krankheiten, während Menschen bei ernsteren Erkrankungen einen persönlichen Heiler aufsuchen (vgl. Worsley 1997: 217f).

Buxbaum berichtet über ihre Eindrücke des „Mercado Sonora“, einer der wichtigsten Märkte Mexikos. Der Mercado Sonora in Mexico City ist Teil des Marktes „La Merced“, einer der größten Märkte für pflanzliche und tierische Heilmittel in Mexiko. Dort werden „Pflanzen und andere Paraphernalia wie z.B. Amulette, Tinkturen, Salben, Kristalle, Kerzen etc. angeboten. Ebenso kann man lebende und tote Tiere, sowie deren Produkte für medizinische Zwecke erwerben, weiters können auch die Dienste von rituellen Spezialisten in Anspruch“ genommen werden“ (Buxbaum 2005: 2). So wie hier und auch bei anderen Märkten werden religiöse Artikel, Steine, getrocknete Tiere und deren Produkte wie Eier, Honig aber auch Kartenleser, Limpias, Pflanzenzweige, Kerzen, Räucherware, Parfums, Seifen, anderes Esoterisches etc. angeboten (vgl. Buxbaum 2005: 42ff). Buxbaum erkennt hier einen Synkretismus zwischen Biomedizin und dem traditionellen Heilsystem aufgrund des kulturübergreifenden Angebotes (vgl. Buxbaum 2005: 170). Buxbaum beachtet weiters die Beziehungen der Verkäufer zueinander, welche meist verwandtschaftlicher oder freundschaftlicher Natur sind. Manchmal treten untereinander auch Spannungen auf, wenn es um den Konkurrenzkampf geht (vgl. Buxbaum 2005: 45). Diese Autorin findet in weiterer Folge erneut Berücksichtigung.

#### 4.3.8. Die Beziehungen der Akteure zueinander

Wie bereits im dritten Kapitel dieser Arbeit erwähnt, spielen bei der Betrachtung des Phänomens Medizinpluralismus, auch die Beziehungen der diversen Akteure zueinander eine bedeutende Rolle. Deshalb gehe ich jetzt auf einige Aspekte diesbezüglich, wie sie in der von mir gesichteten Literatur dargestellt wurde, ein.

#### 4.3.8.1 Die Beziehungen der medizinischen Anbieter zueinander

Verallgemeinernd kann man sagen, dass auch im mexikanischen Kontext die traditionellen Medizinen von den Biomedizinern eher als negativ und ineffektiv betrachtet werden. Umgekehrt verhält es sich allerdings so, dass spirituelle Heiler die Biomedizin sehr wohl in Betracht ziehen und kranke Menschen auch an diese verweisen (vgl. Finkler 2001: 227). Einige Autoren, darunter auch Buxbaum, stehen einer Synthese bzw. der Eingliederung der traditionellen Medizinen in die Biomedizin positiv gegenüber und sehen die Möglichkeit, dass die traditionelle, mexikanische Medizin manchmal die Biomedizin ergänzen kann. Häufig „scheint es jedoch, dass sich die beiden Systeme gegenseitig herausfordern oder gegeneinander arbeiten“ (Buxbaum 2005: 3), besonders dann, wenn traditionelle Heilmethoden von Biomedizinern strikt abgelehnt werden. Da es allerdings gravierende Unterschiede in der Philosophie der einzelnen Medizinen gibt, gestaltet sich die Kombination einzelner Medizinen als schwieriges Unterfangen (vgl. Buxbaum 2005: 169).

#### 4.3.8.2. Die Beziehungen zwischen medizinischen Anbietern und Patienten

Die Beziehungen zwischen Heilern und Patienten sind unterschiedlich geprägt, enthalten aber auch einige Gemeinsamkeiten. Da im Laufe der biomedizinischen Behandlung häufig unterschiedliche Spezialisten aufgesucht werden, steht der Patient unterschiedlichen Diagnosen gegenüber. Finkler zeigt anhand diverser Beispiele wie Biomediziner die Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen konfrontieren und verwirren (vgl. Finkler 2001: 99ff). Die Biomedizin wird häufig wegen ihres unsensiblen Umgangs mit den Patienten kritisiert. Sie fühlen sich vom biomedizinischen Personal oft unverstanden und herablassend behandelt. Auch die Verschreibung von pharmazeutischen Medikamenten wird hinterfragt, da mit der Versordnung einer einzelnen Arznei oft eine große Bandbreite an Krankheiten angesprochen wird, anstatt die einzelnen Symptome zu behandeln. Gefürchtet werden auch die Nebenwirkungen und Krankheiten, die in Folge einer Behandlung auftreten können (vgl. Napolitano 2002: 100). Das gelehrte biomedizinische Wissen der Ärzte und der kulturelle Hintergrund beeinflussen die Beziehung zwischen Patienten und Ärzten. Je eher der

Biomediziner mit dem mexikanischen Kontext bezüglich Krankheit vertraut ist und darauf eingeht, desto besser kann sich die Beziehung zum Patienten gestalten (vgl. Finkler 2001: 238).

„In allen Bevölkerungsgruppen und Einkommensschichten Mexikos gibt es eine erhebliche Anzahl von Menschen, die regelmäßig oder bei einzelnen Krankheiten auf die Kenntnisse und Fähigkeiten der indigenen Heilkundigen zurückgreifen;“ (Hartmann 1997: 74). Den alternativen Medizinanbietern wird nachgesagt, verständnisvoller zu sein und sich mehr Zeit für den Patienten zu nehmen. Ihnen wird oft mehr Vertrauen entgegen gebracht, da sie häufig dasselbe Weltbild mit den Patienten teilen, denselben kulturellen Hintergrund haben und dadurch besser das Missbefinden verstehen können (vgl. Worsley 1997: 233). Finkler betont jedoch auch, dass Heiler in der Literatur oft idealisiert werden. Ihnen wird Freundlichkeit, Einfühlungsvermögen, Mitleid und Wärme zugesprochen. Ihr persönlicher und holistischer Ansatz wird oft im Gegensatz zu einer unpersönlichen und desinteressierten Behandlung vom Biomediziner gesehen. Finkler hat im Laufe ihrer Forschungen jedoch auch andere Erfahrungen gemacht und erlebt, dass Heiler sowohl auch mürrisch und unpersönlich sein können (vgl. Finkler 2001: 230).

In diesem Teil habe ich zunächst in kurzen Zügen die Geschichte der Medizin in Mexiko, die vorherrschenden Krankheitsvorstellungen, weiters die strukturellen Gegebenheiten, welche die Medizin ansprechen und die medizinischen Ressourcen mit ihren jeweiligen Krankheitsvorstellungen, Behandlungstechniken und Heilerpersönlichkeiten, die der Bevölkerung zur Behandlung von Krankheit zur Verfügung stehen, dargestellt. Um auch konkret das Thema „Medizinpluralismus in Mexiko“ zu behandeln, sind im Anschluss diverse Autoren angeführt, die sich mit diesem Thema beschäftigt haben.

#### **4.4. Die Betrachtung von „Medizinpluralismus in Mexiko“ aus verschiedenen Perspektiven**

Überall dort wo die Biomedizin im Laufe der Geschichte etabliert wurde, erreichte sie einen gewissen Grad der Anerkennung, was jedoch nicht das Verschwinden der traditionellen Medizinen mit sich brachte. So hat sich die so häufig beschriebene Situation ergeben, dass die verschiedenen Heilsysteme nebeneinander existieren und die Bevölkerung nach ihren eigenen Einschätzungen der Vor- und Nachteile der einzelnen Medizinen, sich bei bestimmten Problemen dem Schamanen, Priester oder traditionellen Heiler zuwendet und bei einem anderen Problem einen biomedizinischen Spezialisten aufsucht (Unschuld 1977: 247ff). Worsley erkennt, dass es in jeder Kultur eine Vielzahl von unterschiedlichen Vorstellungen gibt, wie mit Missbefinden umgegangen wird. Er meint, je komplexer sich eine Gesellschaft gestaltet, um so größer ist die Zahl der unterschiedlichen angebotenen alternativen Behandlungsmethoden (vgl. Worsley 1997: 239) und betont dabei auch, dass die oft sehr komplexen medizinischen Vermischungen von Glaubensvorstellungen und Praktiken nicht klar in die beiden Kategorien „traditionell“ und „westliche“ passen (vgl. Worsley 1997: 225). Wie wir im Laufe der Diplomarbeit gesehen haben, lassen sich die eben angeführten Aussagen von Unschuld und Worsley auch auf Mexiko umlegen. Aufgrund der Komplexität der mexikanischen Gesellschaft mit ihren unterschiedlichen kulturellen Einflüssen erscheinen hier zahlreiche Medizinen nebeneinander, welche in ihrer Art der Ausübung oft nicht klar voneinander abgegrenzt und bestimmt werden können.

Kaja Finkler ist Anthropologin und bekannt für ihre gründlichen Langzeitstudien über medizinische Praktiken in Mexiko; sie schreibt auch über das Thema Medizinpluralismus. Finkler berücksichtigt den urbanen wie auch den ruralen Kontext, beachtet Geschichte und Gegenwart und bedient sich sowohl quantitativer als auch qualitativer Forschungsmethoden. In den 1970ern hat Finkler, wie bereits vorab erwähnt, spirituelle Heiler untersucht. Während dieser Forschungen wurde deutlich, dass Menschen bei Krankheit in erster Linie Biomediziner aufsuchen, fruchtet deren Behandlung nicht, werden andere

medizinische Ressourcen beansprucht (vgl. Finkler 2001: 51). Die Frage, warum die Biomedizin bei der Linderung bestimmter Krankheiten versagt, führte sie zu einer weiteren Studie, dieses Mal in ein staatliches Krankenhaus in Mexiko City, das sie in dem Buch „Physicians at Work, Patients in Pain“ vorstellt (vgl. Finkler 2001). Finklers theoretische Ansätze behandeln u.a. die Frage, inwieweit Wissen, welches in einem bestimmten kulturellen Raum entstanden ist, bei der Übernahme in eine andere Gesellschaft identisch bleibt oder sich verändert. Sie erwähnt aktuelle Globalisierungstheorien, die davon ausgehen, dass Wissenssysteme und kulturelle Praktiken reinterpretiert werden, während sie regionale Grenzen überschreiten. Durch die Veränderung der medizinischen Praktiken sieht man, inwiefern sie kulturell geprägt sind und in einem anderen Raum anders gelebt werden (vgl. Finkler 2001: xvii). In diesem Buch geht es darum, wie sich die im euroamerikanischen Raum entstandene Biomedizin bei der Überlieferung in den mexikanischen Kontext „mexikanisiert“ bzw. verändert hat, wie die Ärzte und Patienten mit dieser Biomedizin umgehen und wie deren Beziehungen zueinander aussehen. Durch die Beobachtung der Veränderungen will sie herausfinden, welche Elemente universelle Gültigkeit haben<sup>25</sup> und welche Teile der Biomedizin kulturell geprägt sind. Finkler beachtet nicht nur, inwieweit die traditionellen Medizinen unterdrückt wurden, sondern auch wie diese die westliche Medizin beeinflusst haben (vgl. Finkler 2001: xxif). Dieses geschah im mexikanischen Kontext v.a. durch die Übernahme und Anerkennung des Wissens der aztekischen Kräuterkunde. Aufgrund der Anerkennung dieser Heilkunde durch die Eroberer geht Finkler davon aus, dass auch heute die Kräuterkunde bei vielen Mexikanern Anklang findet (vgl. Finkler 2001: 66). „As social scientists we must seek the universals of sickness and recovery by attending to their uniqueness. While sickness and recovery comprise a composite of the medical condition, sociodemographic and environmental conditions, aspects of the medical encounter, medication, and subjective meanings and contradictions generated by sociocultural and historical processes, the specific nature of these constituent

---

<sup>25</sup> “(...) while biomedicine shares a universal classification of disease entities and employs a universal diagnostic vocabulary, the disease categories also become shaped culturally by typical symptoms” (Finkler 2001: 95).

elements will vary cross-culturally” (Finkler 2001: 242). Finkler sieht somit für das Verständnis von Krankheit und Heilung die Notwendigkeit, sowohl geschichtliche Faktoren, wie auch die sozioökonomischen, soziodemographischen und ideologischen Vorstellungen und Gegebenheiten einer Gesellschaft zu beachten (vgl. Finkler 2001: 240ff).

Finkler beschäftigt sich nicht nur mit Aspekten, welche kulturübergreifend gleich bleiben, sondern auch mit den Gemeinsamkeiten zwischen Biomedizinern und spirituellen Heilern. Sie erkennt dabei, dass Menschen im Allgemeinen einen medizinischen Anbieter aufgrund eines Leidens aufsuchen, wobei Beschwerden überall auf die gleiche Art und Weise vorgetragen werden. Der spirituelle Heiler achtet auf körperliche Symptome und trennt wie die Biomedizin Körper und Geist voneinander (vgl. Finkler 2001: 228f). Eine andere Gemeinsamkeit besteht darin, dass Biomediziner und spirituelle Heiler einen weißen Mantel als symbolische Abgrenzung zum Patienten tragen. Der Heiler allerdings begibt sich während der Behandlung in Trancezustände, um einen Geist nach der Beschreibung der Krankheit zu befragen und sucht die Nähe zum Patienten, indem er ihn berührt oder sanft massiert. Während einer biomedizinischen Behandlung sitzen sich Patient und Arzt gegenüber, der Körperkontakt beschränkt sich auf Abhören und Abtasten des Erkrankten (vgl. Finkler 2001: 229f). Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass es sowohl bei Biomedizinern wie auch bei spirituellen Heilern jeweils unterschiedliche, individuelle Weisen in der Behandlung eines Patienten gibt (vgl. Finkler 2001: 230). Ein grundlegender Aspekt in der Beziehung der medizinischen Anbieter zu ihren Patienten liegt darin, dass der Patient beim spirituellen Heiler in die Behandlung miteinbezogen wird, ein Teil der Verantwortung über die Genesung bleibt in seiner Hand. Beim biomedizinischen Anbieter gibt der Patient die Verantwortung ab, der Arzt ist für die Gesundheit verantwortlich. Spirituelle Heiler können auch Erklärungen für widersprüchliche Aspekte bringen. Das können Biomediziner nicht, da sie sich an vorgegebene Richtlinien halten müssen (vgl. Finkler 2001: 227ff). Da im Laufe der biomedizinischen Behandlung häufig unterschiedliche Spezialisten aufgesucht



werden, steht der Patient unterschiedlichen Diagnosen gegenüber und wird dadurch verwirrt (vgl. Finkler 2001: 99ff).

Auch Napolitano beschäftigt sich u.a. mit dem Phänomen „Medizinpluralismus“ und forschte diesbezüglich in Guadalajara, der zweitgrößten Stadt Mexikos. Dort untersuchte sie eine 1990 gegründete Gruppe namens „Visdana“ und fokussierte dabei die Dynamiken innerhalb dieser Gruppe, wie auch deren religiöse und medizinische Vorstellungen und Praktiken; sie bezieht dabei den Genderaspekt und die positive Auswirkungen der Gruppe auf das Selbstvertrauen der Mitglieder mit ein (vgl. Napolitano 2002: 96 - 127). Die Autorin beschäftigt sich mit den unterschiedlichen therapeutischen Praktiken, die parallel zu dem Versuch, der Bevölkerung eine moderne nationale Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen, existieren. Das teilweise Versagen der medizinischen Versorgung durch das staatliche Gesundheitssystem sieht die Autorin als Grundlage für die ansteigende Popularität alternativer Heilmethoden (vgl. Napolitano 2002: 97). Napolitano zeigt, wie verschiedene medizinische Praktiken koexistieren und fokussiert dabei die Pluralität von spezifischen nicht-traditionellen medizinischen Praktiken. Dabei spricht sie die Arbeit von Homöopathen, von anderen alternativen Heilern und einer Gruppe, welche „medicina popular“ anwendet, an und schenkt dabei den Wahrnehmungen der Patienten, den Beziehungen der Beteiligten zueinander und den jeweiligen Ätiologien Aufmerksamkeit (vgl. Napolitano 2002: 96f). Die Menschen in Napolitanos Untersuchung wenden sich bei Missbefinden in erster Linie heilkundigen Personen innerhalb der Gruppe zu, welche mit der „medicina popular“ vertraut sind und die Krankheitsursachen in der Struktur der Gesellschaft und in ungerechten sozialen Lebensbedingungen sehen. Weiters werden Curanderos aufgesucht; diese sehen einen Verstoß gegen die Moral, selbst verursachte „Sünde“ oder Krankheit, die durch „Hexerei“ entstanden ist, als Ursache für Missbefinden. Eine weitere alternative medizinische Ressource stellt die Homöopathie dar, welche sich eher auf die Wissenschaftlichkeit als auf religiöse bzw. ideologische Vorstellungen bezieht und wie wir bereits erfahren haben, auf eine biomedizinische Art und Weise praktiziert wird (vgl. Napolitano 2002: 114f). Konventionelle Ärzte der

Biomedizin, Homöopathen und andere alternative Medizinanbieter stehen, wie Napolitano zeigt, auch in Mexiko im Wettbewerb um Patienten (vgl. Napolitano 2002: 126f).

Eloise Ann Berlin, Brent Berlin, and John R. Stepp beschäftigen sich mit Gruppen, welche der Kultur der Maya abstammen und heute in den Bergen von Chiapas leben<sup>26</sup>. Sie schreiben über Klassifikationen von Krankheiten und über die diversen Arten der Heilbehandlungen innerhalb der Gruppen, welche untersucht wurden (vgl. Berlin, Berlin und Stepp 2004: 838 – 849). Auch sie betonen, dass die Tätigkeiten unterschiedlicher Heilerpersönlichkeiten nicht klar voneinander abgegrenzt werden können, da Menschen Fähigkeiten unterschiedlicher Spezialisierungen kombinieren (vgl. Berlin, Berlin und Stepp 2004: 842). Unter dem Repertoire an Gesundheitsversorgungsmöglichkeiten erkennen die Autoren folgende medizinische Spezialisierungen: „Wahrsager“, welche eher traditionelle schamanische Heilpraktiken anwenden; der „prayer to the mountain“, der als ein Spezialist für präventivmedizinische Maßnahmen betrachtet werden kann, indem die Berge um das Wohl der Bevölkerung gebeten werden; Spezialisten für Pulsdiagnose, welche die Fähigkeit haben, Krankheiten aufgrund der Art und Qualität des Pulses zu diagnostizieren und Hebammen, die Wissen über alle Frauenbelange bereitstellen. Auffällig fanden die Autoren die Tatsache, dass aufgrund des weit verbreiteten Wissens über Medizinalpflanzen innerhalb der Gruppen, keine Spezialisten in diesem Bereich existieren (vgl. Berlin, Berlin und Stepp 2004: 842f). Für die Klassifikation von Krankheiten, welche auch die Art der Behandlung mit sich bringt, lehnen sich diese Autoren auf Fosters und Andersons Einteilung in „natürliche“ und „personalistic“ Krankheitsursachen an, von denen sie sich aber mit folgender Aussage distanzieren: “The original proposition of Foster and Anderson limited personalistic illness to those directed specifically at an individual, however, it is clear that there are other non-natural or beyond natural etiologies that would not fit within a naturalistic classification and are therefore included here in the personalistic category” (vgl. Berlin, Berlin und Stepp 2004: 849). Das

---

<sup>26</sup> Ihr Ziel ist es, den Kontext von Gesundheit in Bezug auf Umwelt, Ökonomie wie auch in Bezug auf soziale und politische Faktoren herzustellen (vgl. Berlin, Berlin und Stepp 2004: 838 – 849)

„natürliche“ System spricht hier die meisten Krankheitszustände an und wird in erster Linie für die Deutung von Krankheiten herangezogen. Die Diagnose von Krankheiten natürlichen Ursprungs setzt ein komplexes Verständnis von anatomischen, physiologischen und symptomatologischen Gegebenheiten voraus. Behandlung erfährt der Erkrankte hier meist mittels natürlicher und pflanzlicher Produkte, oft in Form von Tees und Umschlägen. Erfährt der Mensch innerhalb diesen Systems keine Besserung, wird die Krankheit durch einen Heiler des „persönlichen“ Systems häufig reinterpretiert und neu analysiert. Der Konsum bestimmter nichtverträglicher Lebensmittel, schwere Arbeit, Unfälle, Umweltprobleme, aber auch Kummer und Ärger sind Aspekte, welche als natürliche Krankheitsursachen angesehen werden. Auf der persönlichen Seite erkennen die Autoren Krankheiten, welche z.B. absichtlich von Menschen hervorgerufen werden, wie im Falle einer „Verhexung“; Krankheiten, die durch Gott gegeben sind oder aufgrund von Angst und seelischen Problemen entstehen, sie können aber auch vorherbestimmtes Schicksal sein. “The personalistic system comprises a set of conditions that are intentionally or conditionally specific to the individual and/or incorporate extranatural origins” (vgl. Berlin, Berlin und Stepp 2004: 843). Für die Diagnose der Krankheitsursache ist ein entsprechender Spezialist, wie ein Wahrsager oder ein Spezialist in Pulsdiagnose nötig. Rituale sind häufig Teil der Krankheitsbehandlung, deren Bestandteile das Reinigen des Körpers (mittels Pflanzen, Flüssigkeiten und Räucherungen) und das Bereitstellen von Opfern sind, um verlorene Seelen zurückrufen (vgl. Berlin, Berlin und Stepp 2004: 844).

Eine letzte Studie, die ich hier anführen möchte, ist die Dissertation von Buxbaum über die Verwendung der Klapperschlange in der traditionellen Medizin Mexikos. Zur Erforschung dieser Thematik begab sie sich auf den bereits erwähnten Markt „Mercado Sonora“, um dort das Aufeinandertreffen von „Verkäufern, Käufern (Spezialisten und Laien), Patienten und rituellen Spezialisten“ zu beobachten (Buxbaum 2005: 2). Die Autorin schreibt über unterschiedliche Möglichkeiten zur Gesundheitsversorgung, wobei sie das Spannungsfeld zwischen traditioneller Medizin und der Biomedizin beleuchtet und unterschiedliche

Krankheitsvorstellungen von traditionellen Heilern im urbanen und im ruralen Gebiet darstellt (vgl. Buxbaum 2005: 2-4). Die Autorin erkennt folgende Möglichkeiten, welche der Bevölkerung zur Verfügung stehen: die akademische Medizin, Hausmittel, die traditionelle mexikanische Medizin, Homöopathie und andere alternative oder komplementärmedizinische Methoden (vgl. Buxbaum 2005: 66). Ihre Studie führt sie zu dem Aspekt des Synkretismus verschiedener Heilpraktiken: „Der curandero in der Stadt, (...) verbindet alte Rituale aus seiner Herkunftsregion mit neuen Techniken, die er in der Stadt durch den Kontakt mit Menschen aus allen Regionen des Landes erlernt. Sein therapeutisches Repertoire wird auch durch Einflüsse aus dem Ausland erweitert, welche mit Hilfe von modernen Massenkommunikationsmitteln wie Radio und Fernsehen rasche Verbreitung finden. Behandelt werden alle Krankheiten, Krankheiten jeder Natur sowohl übernatürliche als auch natürliche Krankheiten“ (Buxbaum 2005: 50). Der im lateinamerikanischen Raum ausgeprägte Medizinpluralismus erlaubt es „dass eine bestehende Erkrankung als das Resultat von verschiedenen Kausalfaktoren, welche sowohl mit indigenen als auch mit westlichen Gesundheitskonzepten assoziiert werden, aufgefasst wird. So ist es nicht ungewöhnlich, wenn eine Mutter mit ihrem Kind in eine staatliche Klinik geht, um eine tiefe Wunde behandeln zu lassen und anschließend einen curandero aufsucht, der versucht, die zum Zeitpunkt des Unfalls verloren gegangene Seele des Kindes zurückholen“ (Buxbaum 2005: 3).

Das bunte Erscheinungsbild des Marktes mit seinem Angebot an Artikeln unterschiedlichster kultureller Herkunft führt Buxbaum zu dem Thema „Globalisierung der Magie“. Sie erachtet es als ebenso wichtig, auf den Prozess der Globalisierung auf dem medizinischen Gebiet einzugehen, denn das Erscheinungsbild auf dem Mercado Sonora ist geprägt von kulturellen Verflechtungen. Es „existieren Devotionalien und magische Gegenstände aus allen Teilen der Welt nebeneinander: Buddha- und Vishnu-Statuen, Trolle, Energiepyramiden, (...) und dergleichen kann man direkt neben traditionellen mexikanischen Paraphernalia wie Kerzen, Figuren der Santísima Muerte, diversen Amuletten und Talismanen, Copal, „aguas espirituales“, Zweige für Limpias

finden. Dieses Nebeneinander führt zur Ausprägung eines Synkretismus, es kam und kommt zu einer „Globalisierung der Magie“ (Buxbaum 2005: 53). Buxbaum und auch eine meiner Informantinnen erwähnen, dass diverse pflanzliche und tierische Produkte zu Pulver gerieben und in Form von Kapseln vertrieben werden. „Interessant ist auch die Darreichungsform der Kapsel, die ja als Symbol der Biomedizin schlechthin betrachtet werden kann. Die Zerriebene Schlange und die Gelatinekapsel sind ein äußeres Zeichen für den Synkretismus zwischen Biomedizin und dem traditionellen Heilsystem“ (Buxbaum 2005: 170). „Die Objekte, die dort verkauft werden, sind ihnen vertraut genauso wie deren symbolische Assoziationen“ (Buxbaum 2005: 170).

Ein weiterer Aspekt, der mir in dieser Arbeit sehr interessant erschien, waren die Herausforderungen, welche Buxbaum während ihrer Feldforschung begegneten. In ihrem Fall fiel es ihr schwer, mit den Personen am Sonora Markt Vertrauen aufzubauen und über die Verwendung von Klapperschlangen zu sprechen, da sie mit einer Tierschützerin assoziiert werden konnte (vgl. Buxbaum 2005:8) Auch ihr blieb aufgrund der niedrigen Auskunftsbereitschaft der Bevölkerung und der daraus resultierenden geringen Menge an Daten nichts anderes übrig als auf existierende Literatur zurückzugreifen (vgl. Buxbaum 2005: 2f).

#### **4.4. Die Informanten während meiner Feldforschung**

In diesem Teil der Arbeit möchte ich auch meiner Feldforschung Raum geben und die Interviewpersonen über ihre medizinischen Praktiken, über ihre Gesundheitserhaltung, Erfahrungen und Meinungen über das Gesundheitssystem sprechen lassen. Um einen Eindruck von den medizinischen Möglichkeiten zur Gesundheitsversorgung der Menschen in Mexiko zu bekommen, habe ich mich einerseits dazu entschlossen, die medizinischen Gegebenheiten in Mexiko City zu erkunden und mir andererseits die Möglichkeiten in einem ländlichen Ort namens Tlacotepec de Mejía im Bundesstaat Veracruz anzusehen. Um dieses Vorhaben umzusetzen, nutzte ich die Kontakte, welche sich während meiner Mitarbeit bei den Vereinen „Helfen Wir!“ in Österreich und dessen Partnerorganisation D.A.M.E. in Mexiko ergaben.

Im folgenden Teil werde ich sowohl meine Informanten in Mexiko City wie auch die Personen in Tlacotepec de Mejía zu Wort kommen lassen sowie die Rahmenbedingungen meiner Aufenthalte in den beiden Orten, wie auch meine Position in den beiden Forschungsfeldern darstellen. Dabei habe ich die Interviews jener Personen herangezogen, welche mir in Bezug auf mein Diplomarbeitsthema am aussagekräftigsten erschienen. Der Verständlichkeit wegen verzichte ich auf die Zitierung einzelner Aussagen und beschränke mich auf eine zusammengefasste, sinngemäße Wiedergabe der geführten Interviews. Die Tonbandaufnahmen der Interviews befinden sich im Archiv der Autorin.

#### 4.4.1. Mexiko City

Mexiko City ist die industrielle und politische Hauptstadt Mexikos. Hier kann man sowohl luxuriöse Häuser, Einkaufszentren und prächtige Straßen wie auch große Armut nebeneinander finden. Aufgrund der Größe dieser Stadt, welche u.a. durch die Migration von ländlichen Regionen in das urbane Zentrum seit dem zweiten Weltkrieg ständig weiter wächst, existiert in Mexiko City die gesamte Bandbreite der bereits erwähnten, medizinischen Ressourcen nebeneinander. „Als Großstadtbewohner sind die kranken Personen mit dem biomedizinischen Modell und dessen Einrichtungen vertraut. Kontakte zum indigenen traditionellen Heilsystem sind dennoch vorhanden. Die Metropole Mexiko City zieht Menschen aus allen Teilen des Landes an, die natürlich auch ihre traditionellen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit mitbringen. Durch das (relative) Versagen des offiziellen mexikanischen Gesundheitssystems kommt es wieder zu einem Aufleben von indigenen Praktiken“ (Buxbaum 2005: 170). Menschen kommen aus dem ganzen Land in die Metropole, um sich dort medizinisch zu versorgen. Einerseits, um diverse biomedizinische Spezialisten mit entsprechender technischer Ausstattung, welche in den ländlichen Regionen nicht so häufig zu finden sind, aufzusuchen, und andererseits, um das Angebot alternativer Medizinen und Spezialisten zu nutzen. Dem Mercado Sonora gebührt hier besondere Erwähnung, da dieser Markt aufgrund seiner Größe und Vielfalt in ganz Mexiko bekannt ist. Diese Tatsache wird sowohl in der Literatur erwähnt

und mir auch während meiner Busreisen des Öfteren bestätigt (Buxbaum 2005, Napolitano 2002, Feldprotokoll 28.11.06).

In Mexiko City war ich in den Räumlichkeiten des Vereins D.A.M.E. untergebracht und unterstützte diesen bei diversen Aktivitäten, was mir ermöglichte mit zahlreichen Personen über das Gesundheitswesen ins Gespräch zu kommen. Sehr gelegen kamen mir dabei u.a. der sonntäglichen Kaffeeverkauf vor diversen Kirchen und die Mitarbeit bei einem Weihnachtsbazar, um mit unterschiedlichsten Personen über das Gesundheitswesen in Mexiko und insbesondere über ihr Verhalten bei Krankheit zu sprechen. Interessante Konversationen ergaben sich ebenfalls mit diversen Mitarbeitern und Personen, welche aus verschiedensten Beweggründen den Verein aufsuchten. Mit dem Verkauf des Kaffees unterstützt der Verein die Vermarktung der Produkte einer Kaffeevereinigung aus dem Dorf Tlacotepec, in dem Ort wo ich mich ebenfalls für mehrere Wochen aufgehalten habe. Diverse Besuche auf Märkten, wo sowohl Reinigungsrituale, medizinische Beratungen und Heilpflanzen, wie auch andere Arzneien angeboten wurden, die teilnehmende Beobachtung bei einer Homöopathin und die zahlreichen geführten Gespräche über das Gesundheitswesen dienten mir als Grundlage, um einen Eindruck über die Beiträge verschiedener Medizinen zur Gesundheitserhaltung der Bevölkerung zu bekommen.

Wie bereits erwähnt gestaltete sich die Datenerhebung jedoch nicht immer einfach, weshalb jetzt noch Aspekte Erwähnung finden, die meine Forschungssituation in Mexiko City beeinflussten. Auf der einen Seite waren mir die Kontakte, welche sich durch meine Mitarbeit bei den Vereinen im Zuge von Projekten, wie des Weihnachtsbazars ergaben, sehr behilflich und leicht zugänglich. Auf der anderen Seite war es ein sehr konservativer Zugang der beiden Hilfsorganisationen zu dem Thema „Alternativmedizin“, welche mein Forschungsvorhaben auch einschränkte. Aus Angst Verantwortung dafür tragen zu müssen, sollte ich während der Forschung Gefahren ausgesetzt sein, wurde seitens der Vereine versucht mir bestimmte Kontakte zu verwehren. Auch das

eigene Interesse der Vereine von meiner Arbeit in irgendeiner Art zu profitieren und ihren Ruf zu wahren, trug dazu bei, dass mir gewisse Kontakte zu Informanten verwehrt wurden. Diese Aspekte spiegeln das Vorhandensein von Machtpositionen wieder. Die Schwierigkeit, das Vertrauen bestimmter Informanten zu gewinnen, führe ich darauf zurück, dass manche Personen von den Hilfeleistungen der Vereine sehr profitierten und dadurch sehr vorsichtig waren, zu welchen Informationen ich Zugang bekommen sollte. Nachdem mir am Ende meines Aufenthaltes der Kontakt zu Informanten verboten wurde und dadurch meine Selbstbestimmtheit eingeschränkt wurde, entschied ich mich frühzeitig, die Räumlichkeiten des Vereins zu verlassen. Dadurch verlor ich allerdings auch die Möglichkeit, mit den bisherigen Kontaktpersonen erneut in Verbindung zu treten.

In Mexico City gibt es, abgesehen von zahlreichen staatlichen Einrichtungen, fünf private Krankenhäuser<sup>27</sup>, welche für ihre Leistungen erhebliche Kosten einfordern. Trotz der hohen Kosten sind auch deren Leistungen nicht unbedingt mit hoher Qualität verbunden. Abgesehen von Mängeln in der technischen Ausstattung, der personellen Unterbesetzung und der häufig erwähnte Mangel an Motivation der Ärzte, den Menschen helfen zu wollen, liegt die Ursache des Qualitätsmangels der Gesundheitseinrichtungen u.a. darin, dass jeder Arzt, unabhängig seiner Kompetenz, eine Gesundheitseinrichtung eröffnen kann. Des Öfteren sehen Menschen eine geeignete Möglichkeit ihren Lebensunterhalt zu verdienen, indem sie, ohne entsprechende Ausbildung, als Mediziner im Gesundheitssektor agieren. Zertifikate über den Abschluss eines Medizinstudiums und Materialien für die Ausstattung einer medizinischen Einrichtung sind an bekannten Orten, am Schwarzmarkt, erhältlich. Eine weitere Herausforderung bringen die Krankenversicherungen mit sich, welche zwar Gebühren einholen, die Menschen aber nicht immer mit adäquaten Therapien versorgen können. Gedeckt werden von ihnen nur die Kosten für jene Behandlungen, welche von den eigenen medizinischen Einrichtungen der Krankenversicherungsanstalten angeboten werden. Können notwendige Behandlungen nicht ausgeführt werden, sind

---

<sup>27</sup> das „AmericanBritishCanadian Hospital“, welches für kanadische, britische und amerikanische Migranten, das „Spanish Hospital“ das, „Medica Sur“, das „La Raza“ und das „Los Angeles“



Spezialisten außerhalb dieser Einrichtungen aufzusuchen und selbst zu finanzieren (Interview mit Angeles, am 26.10.06, Interview mit Martha, am 06.12.06; Interview mit Fidel, am 26.10.06). Ich gehe nun dazu über, zunächst die Meinungen von zwei Damen, die im alternativen medizinischen Bereich tätig sind darzustellen, gefolgt von Aussagen anderer Informanten zum Thema Gesundheitsversorgung.

#### Interview mit Dr. Tovar, am 2.11.2006

Dr. Tovar ist eine Medizinerin, welche sowohl eine biomedizinische, wie auch eine anschließende homöopathische Ausbildung an der nationalen Schule für Homöopathie absolviert hat. Den Kontakt hat mir Marianna ermöglicht, eine junge Dame, die ich während meines Aufenthaltes kennenlernte. Marianna suchte Dr. Tovar aufgrund eines grippalen Infektes auf und gestattete mir, sie zu begleiten, um den Ablauf der Behandlung beobachten zu können. Marianna klärte die Ärztin zunächst über ihre Erkältung auf, berichtete aber auch über ihre Konflikte und Auseinandersetzungen mit ihrer Mutter und beklagte sich über ihre unreine Haut und die kürzlich aufgetretene Gewohnheit, Nägel zu beißen. Die Ärztin hörte ihr aufmerksam zu und stellte im Anschluss diverse Fragen über Mariannas Ess- und Schlafgewohnheiten, ob Milch lieber warm oder kalt getrunken wird, ob mit Socken und auf welcher Körperseite bevorzugt geschlafen wird. Nach einigen aufbauenden Worten füllte Dr. Tovar ein Fläschchen mit Globuli ab und gab der Patientin Anweisungen zur Anwendung. Das Patientengespräch dauerte ca. 20 Minuten. Mariannas Zustand hatte sich innerhalb kurzer Zeit verbessert. Nach der Behandlung stand mir Frau Dr. Tovar für ein Interview zur Verfügung. Die Ärztin entscheidet zunächst aufgrund von chronischen oder akuten Krankheiten, wie die Behandlung und die Einnahme der Arzneien erfolgen sollen. Sie behandelt Menschen jeder sozioökonomischen Klasse und stellt ihre Dienste gelegentlich auch in einem „Dispensario“, welches sich sonntags der ärmeren Bevölkerung bei akuten Beschwerden annimmt, zur Verfügung. Jenes Dispensario indem Dr. Tovar tätig ist, befindet sich in einem der ärmsten Viertel Mexiko Citys, dient den Menschen bei Notfällen zur medizinischen Versorgung und ist eine Einrichtung der Kirche, welche die

benötigten pharmazeutischen Arzneien finanziert und kostenlos an die Menschen ausgibt. Für gewöhnlich verlangt Dr. Tovar 150 – 200 Pesos für eine Behandlung; in dem Dispensario hebt sie 50 Pesos für ihre Leistungen ein. Menschen kommen bei jeglicher Art von Krankheit zu ihr, als Beispiel nennt sie Asthma, Arthritis, Hautprobleme aber auch Krebs und Aids. Was sie nicht behandeln kann sind Liebeskrankheiten. Dr. Tova nennt verschiedene Gründe, warum sich Menschen dazu entscheiden die Homöopathie zu verwenden. Einerseits dann, wenn die Biomedizin keine Linderung der Krankheit bringt, z.B. bei Krebs und Aids, aber auch weil homöopathische Arzneien mit natürlichen Mitteln assoziiert werden, im Gegensatz zu pharmazeutischen Produkten oft kostengünstiger sind, weniger Nebenwirkungen auftreten und sie damit als gesünder betrachtet werden. Ein weiterer Grund den Dr. Tovar anführte, ist die Tatsache, dass sie den Erkrankten mehr Aufmerksamkeit schenkt als es Biomediziner oft tun und auch die individuellen Lebensgeschichten der Patienten berücksichtigt. Von ihr werden 30 bis 100 Personen pro Woche behandelt, wobei sie neben homöopathischen Mitteln, wenn nicht anders möglich, auch biomedizinische Pharmaprodukte verschreibt. Sie selbst verwendet bei Krankheit bevorzugt homöopathische Mittel, bei schweren Krankheiten würde sie allerdings ein privates Krankenhaus aufsuchen. Die Patienten erzählen der Ärztin auch von Besuchen bei Curanderos und anderen Heilern. Prinzipiell hat die Ärztin nichts gegen solche Arten der Krankheitsbehandlung, da auch hier die Selbstheilungskräfte der Erkrankten angeregt werden und die Menschen Hoffnung bekommen. Dr. Tovar betont die individuelle Sozialisation als Grund für die Entscheidung, eine bestimmte Art der Heilung zu verwenden. Aufgrund ihres naturwissenschaftlichen Verständnisses kommen bei eigener Krankheit außer der Biomedizin und der Homöopathie keine anderen medizinische Spezialisten in Frage. Sie schenkt diesen Heilern kein Vertrauen und sieht diese eher für Liebeskrankheiten zuständig (Interview mit Dr. Tovar, am 2.11.2006).

#### Interview mit Hilda, 52 Jahre, am 06.12.06

Hilda ist Besitzerin eines Marktstandes und bietet diverse Waren, wie Kräuter, magische Kerzen, Seifen, Tees, homöopathische und pflanzliche Arzneien aber

auch Rituale, wie z.B. zur Reinigung oder für die Liebe an. Eine Bezeichnung für ihren Beruf kennt sie nicht, sie selbst bezeichnet sich als Kräuterheilerin und Psychologin. Auf die Frage wie ihre Behandlung aussieht, meint sie, dass sie die Personen ansieht, sie fühlt und mit ihnen redet. Die Fähigkeit zu heilen wird in ihrer Familie von Generation zu Generation weitergegeben, wobei sie diese von ihrer Mutter vererbt bekam. Menschen, die Hilda aufsuchen, wissen aufgrund von Mundpropaganda über ihre Fähigkeiten Bescheid. Sie behandelt nur seelische Schmerzen, wie Traurigkeit oder Depressionen und weniger körperliche Beschwerden. Hilda ist auch von anderen medizinischen Therapien überzeugt und sucht selbst neben biomedizinischen Anbietern auch spirituelle Heiler auf, um geheilt zu werden. Bei schwerwiegenden Krankheiten sucht sie in erster Linie Biomediziner auf, da ihre Medikamente schnellere Wirkung zeigen als pflanzliche Arzneien. In ihrem medizinischen Repertoire finden sich auch homöopathische Mittel, welche sie bei Diabetes, Hepatitis, Espanto etc. verschreibt. Curanderos steht sie eher skeptisch gegenüber; obwohl sie hier schon auch ehrliche Personen sieht, schreibt sie ihnen zu, sich vor allem auf das finanzielle Entgelt zu konzentrieren (Interview mit Hilda, am 06.12.06).

#### Interview mit Fidel, 18 Jahre, am 26.10.06

Fidel hatte eine erkrankte Bauchspeicheldrüse. Er und sein Vater erklärten sich bereit, mir Fidels Krankheitsverlauf und die medizinischen Methoden, welche bereits Anwendung gefunden hatten, zu beschreiben. Die Familie wohnt am Stadtrand Mexiko Citys, ist nicht krankenversichert und holt sich in einer SSA-Klinik medizinische Betreuung. Dort sind Medikamente, vorausgesetzt erhältlich, kostenlos. Da benötigte Arzneien häufig nicht vorhanden sind, wendet die Familie einen großen Teil ihres Einkommens für private Apotheken auf. Der Vater betont die schwierigen Gegebenheiten, die langen Wartezeiten für eine Behandlung und den Mangel an technischer und personeller Ausstattung in den Gesundheitseinrichtungen. Das Nichtvorhandensein von ausreichenden Leistungen beklagt er sowohl bei den Einrichtungen des SSA, wie auch des IMMS und ISSSTE. Ohne finanzielle Möglichkeiten bleiben keine Alternativen über, als auf eine entsprechende Behandlung lange Zeit abzuwarten. Wenn

finanziell möglich, suchen sie auch einen privaten Arzt auf, welcher sich für ihre Anliegen Zeit nimmt und kompetent wirkt. Der Vater bevorzugt naturwissenschaftliche Methoden für die Behandlung seines Sohnes. An der Universität von Chapingo werden kostengünstigere Behandlungen und homöopathische wie auch pflanzliche Arzneien angeboten, welche sie zunächst in Anspruch nahmen. Der Junge hat für mehrere Monate Kräutertees und homöopathische Arzneien eingenommen, welche eine kurzfristige Besserung zur Folge hatte. Langfristig wurden mit diesen Medizinen jedoch keine Erfolge erzielt, weshalb sich die Familie dem biomedizinischen Bereich zugewandt hat. Anderen Methoden, wie spirituelle oder andere Arten der Heilung, lehnen sie aufgrund ihres naturwissenschaftlichen Verständnisses ab. Zum Zeitpunkt meines Aufenthaltes beschäftigte sich Fidel bereits seit zwei Jahren mit seiner Krankheit, ohne entsprechende Linderung zu erfahren. Fidel und sein Vater haben mir auch den Ablauf der Krankenhausbesuche beschrieben. Fidels Vater betont, dass der Ablauf der Untersuchungen bei Einrichtungen des ISSSTE, IMSS und des SSA ähnlich ist. Ob krankenversichert oder nicht, man sucht zuerst einen Hausarzt auf, welcher Anweisungen für weitere Untersuchungen bei einem Spezialisten verschreibt, diese Spezialisten sind in kleinen Kliniken zu finden. Diese wiederum verweisen den Patienten mit der Diagnose zurück zum Hausarzt, der erneut entscheidet, ob ein weiterer Spezialist oder als letzte Instanz ein Krankenhaus mit einer chirurgischen Abteilung aufgesucht werden soll. Für eine gewöhnliche Untersuchung begeben sich Vater und Sohn in den frühen Morgenstunden in eine Klinik. Nach einer Wartezeit von zwei bis drei Stunden trifft der zuständige Arzt ein und schenkt Fidel nach weiteren zwei Stunden Aufmerksamkeit. Um Fidels Krankheit diagnostizieren zu können, wurde Fidel angewiesen gewisse Untersuchungen in einem Krankenhaus durchführen zu lassen. Da es sich in Fidels Fall nicht um einen akuten Notfall handelt, betrug die Wartezeit auf die Untersuchungen ungefähr vier Monate. Weitere Folgeuntersuchungen geschahen erst nach zwei oder drei Monaten<sup>28</sup>. Die Frage, ob der Junge eine Operation

---

<sup>28</sup> Weitere Autoren berichten über ähnliche Situationen. Napolitano beschreibt den Ablauf in einem Krankenhaus in Guadalajara, welches Patienten mit geringem Einkommen behandelt. Auch hier müssen Menschen monatelang auf einen Termin bei einem Spezialisten warten und lange Warteschlangen in Kauf nehmen (Napolitano 2002: 100). Auch Finkler stellt den Ablauf in einem Krankenhaus in Mexiko City ähnlich vor (vgl. Finkler 2001: xxiii).

benötigt, war zum Zeitpunkt meines Feldaufenthaltes noch nicht geklärt. Sollte dies der Fall sein, wäre wieder mit einer längeren Wartezeit zu rechnen. Während des Gespräches wurde des Öfteren eine Unterscheidung zwischen Biomedizinern die ernsthaft um das Wohlergehen der Patienten besorgt sind und jene, welche bloß den guten Verdienst vor Augen haben, betont (Interview mit Fidel, am 26.10.06).

#### Interview mit Aida, 60 Jahre, am 05.12.06

Aida war Besucherin des Weihnachtsbazars. Während einer mehrstündigen Konversation erzählte sie mir vieles über die Gesundheitsversorgung in Mexiko und auch über ihren Umgang mit Gesundheit. Sie selbst ist sehr vom „Purification Rundown“, der oben schon kurz erläutert wurde, überzeugt und verwendet bei Gelegenheit auch das traditionelle „Temaszcal“. Sie erzählte, dass sie vor zwanzig Jahren diesen Rundown durchlaufen hatte. Aida entschied sich damals in erster Linie für dieses Ritual, um ihren Körper zu reinigen, aber auch um mental gesund zu bleiben. Sie deutet allerdings auch darauf hin, dass manche Menschen vordergründig aufgrund der mentalen Ebene diesen Rundown absolvieren. Zu jener Zeit trug sie Brillen, welche sie nach dem Rundown fünfzehn Jahre lang nicht benötigte. In regelmäßigen Abständen von zwei Jahren geht sie zur Gesundheitsuntersuchung bei Ärzten, welche mit dem Purification Rundown vertraut sind und auf Vitamine und Mineralien spezialisiert sind. Die Diagnose ergibt sich aufgrund eines auszufüllenden Fragebogens, dessen Auswertung Angaben über die benötigten Mineralien und Vitamine hervorbringt. Die Institution, welche den Purification Rundown anbietet und auch die beiden Ärzte, welche sie regelmäßig besucht, sind an Scientology angelehnt. Aida selbst lässt sich die Untersuchungsergebnisse nur zusenden und verzichtet auf eine persönliche Beratung. Dieses begründet sie damit, dass sie ihren Körper gut genug kennt, um selbst die Verantwortung über ihre Gesundheit tragen zu können und verzichtet darauf, die Verantwortung über ihre Gesundheit in die Hände der Ärzte zu legen. Sie betont ihre zwanzigjährige, seit dem Rundown anhaltende Gesundheit. Bei leichten Krankheiten, wie Erkältungen, greift Aida auf die

---

richtigen Mineralien und Vitamine zurück. Prinzipiell ist sie nicht gegen eine biomedizinische Behandlung, wenn es keine andere Möglichkeit gibt, wie z.B. bei einer Bänderzerrung, welche sie vor vier Jahren erlitt. Als sie nach einem Arztbesuch auf ein falsch verschriebenes Medikament aufmerksam wurde, griff sie auf „Curanderozeug“ zurück und half sich mit einer Arnikapaste sowie einer entsprechenden Bandagierung. Das Wissen über die Anwendung dieser Heilmittel hat sie von ihrer Großmutter gelernt. Aida vertraut auf die Macht der Gedanken um gesund zu bleiben und sieht hier eine Gemeinsamkeit zwischen der Art der Heilung von Curanderos und dem Purification Rundown. Beide Arten basieren ihrer Meinung nach auf dem Glauben an Selbstheilungskräfte. Da sie sich für zweite Richtung entschieden hat, um gesund zu bleiben, sucht sie keine Curanderos auf. Aufgrund des Mangels an Vertrauen in die Biomedizin versucht Aida pharmazeutische Produkte zu vermeiden. Sie kritisiert die Profitgier der pharmazeutischen Industrie, indem sie ihr zuschreibt Krankheiten, wie das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom zu erfinden, um die Produzenten in Folge mit Aufträgen für die Herstellung von teuren Medikamenten versorgen zu können. Die Gesellschaft hat sich ihrer Meinung nach in zwei Klassen geteilt. Jene, die Industrie und Konsumation bevorzugen, favorisieren biomedizinische Methoden und diejenigen, welche die Technologie ablehnen und eine eher traditionelle Sozialisation erfahren haben, suchen Curanderos und andere traditionelle Heiler auf. Die traditionellen Medizinen finden ihrer Abschätzung nach deshalb Verwendung, da viele Menschen die pharmazeutischen Arzneien aufgrund ihrer Nebenwirkungen und Misserfolge ablehnen und dem traditionellen Heiler mehr Vertrauen entgegen bringen (Interview mit Aida, am 05.12.06).

Interview mit Martha, 35 Jahre, am 03.12.06 und 06.12.06

Auch mit Martha konnte ich während des Weihnachtmarktes und bei einem weiteren Treffen zum Thema „Medizinpluralismus“ ins Gespräch kommen. Martha ist privat angestellte Anwältin und dadurch beim IMSS versichert. Bei leichten Erkrankungen bevorzugt Martha natürliche Mittel in Form von Tees, manchmal auch homöopathische Arzneien. Da sie einem kompetenten Arzt des IMSS zugeteilt ist, sucht sie auch dessen Behandlung auf und würde sich bei

schweren Erkrankungen in ein privates Krankenhaus begeben. Sie erzählte mir von ihrer Familie, die bei Krankheit unterschiedliche Herangehensweisen hat, um damit umzugehen. Ihre Mutter versorgt sich bei Krankheit mit Produkten vom bereits erwähnten Sonora Markt und beansprucht zur Behandlung auch die Dienste von „Brujos“. Bei einem weiteren Treffen sprechen wir genauer über den unterschiedlichen Umgang mit Krankheit innerhalb ihrer Familie. Martha betont, dass ihr Vater aus Mexiko City stammt, beim Staat eine Anstellung als Anwalt hat und er und seine Frau dadurch beim ISSSTE versichert sind. Bei Krankheit bevorzugt Marthas Vater Ärzte des ISSSTE, bei schweren Leiden lässt er sich in einem privaten Krankenhaus versorgen. Zur Behandlung zieht er biomedizinische Methoden und Arzneien vor. Marthas Mutter stammt aus einer ländlichen Gegend und hat, im Gegensatz zum Vater, eine traditionelle Erziehung erfahren. Zur Behandlung von Krankheiten greift sie in erster Linie auf Produkte, wie z.B. Tees, Seifen, Kapseln mit Schlangepulver und Haifischöl zurück, welche sie u.a. am Sonora-Markt besorgt. Die Biomedizin wird von Marthas Mutter abgelehnt und nur in äußersten Fällen angewendet. Sie kennt viele Pflanzen und deren Anwendung, wobei sie dieses Wissen von ihrer Familie geerbt und auch von den „Brujos“ mitbekommen hat. Martha ist es ein bisschen unangenehm über die traditionelle Medizin ihrer Mutter zu sprechen und sie betont, dass sie und ihr Vater auf die Biomedizin vertrauen. Ihre Mutter verwendet soweit es geht traditionelle Medizinen, und Marthas Bruder mischt die Biomedizin mit traditionellen Möglichkeiten. Auch Martha beginnt ihre positive Meinung, seit einem Besuch im botanischen Museum in der Heimatstadt ihrer Mutter, bezüglich der Pharmaprodukte zu ändern. Dort hat sie erkannt, dass viele Medikamente ihren Ursprung in medizinischen Pflanzen haben und verwendet diese Pflanzen seitdem z.B. in Form von Tees. Auch aus ihren Erfahrungen in der Kindheit weiß sie, dass traditionelle Arzneien tatsächlich wirken. Auf den Besuch bei Curanderos, Herbolarias oder Brujos verzichtet sie dennoch, da sie nicht die Sicherheit hat, wann es sich tatsächlich um einen kompetenten Heiler handelt oder bloß um einen Betrüger. Auf die Frage, wie die mexikanische Bevölkerung mit Krankheit umgeht, betont Martha, wie sie anhand ihrer Familie zeigt, dass die Bedeutung der Erziehung und der sozialen Klassenzugehörigkeit nach sich zieht,

welche Art der Medizin bevorzugt wird. Menschen mit einer traditionellen Sozialisation bevorzugen in erster Linie traditionelle Methoden zur Heilung und wenden sich erst sekundär an die Biomedizin. Auf der anderen Seite sind es aber auch Menschen, welche sich nach einer erfolglosen biomedizinischen Behandlung sehr wohl auch traditionellen oder anderen alternativen Methoden zuwenden. Weiters beruft sich Martha auf die finanziellen Möglichkeiten und auf die regionale Erreichbarkeit, welche medizinischen Anbieter aufgesucht werden. Auch sie beklagt das offizielle medizinische Gesundheitssystem in Mexiko, die vielseitigen Mängel, wie Personalmangel und Mangel an Ausstattung, wie auch die Motivation und Kompetenz der Biomediziner, sowohl im öffentlichen wie im privaten Bereich (Interview mit Martha, am 03.12.06 und 06.12.06).

Interview mit Angeles, Obfrau von D.A.M.E., am 25.10.2006

Angeles sucht bei Krankheit in erster Linie eine Homöopathin und in zweiter Instanz einen privaten Biomediziner auf. Um sicher zu gehen, gleicht sie die Diagnosen mit einem österreichischen Arzt, welcher dem Verein manchmal zur Seite steht, telefonisch oder per e-mail ab. Der Biomedizin mit ihrer Pharmaindustrie steht sie skeptisch gegenüber. Das Vorkommen von immer schlimmeren Krankheiten führt sie auf die Absicht der Pharmaindustrie zurück. Dennoch forciert sie die kostenlose Verteilung von pharmazeutischen Produkten an erkrankte Menschen. Auf die Frage, wie sie zu „medicina popular“, traditioneller oder anderen Arten der Medizin steht, betont sie ihre Verwendung der „medicina popular“. Darunter versteht sie die Verwendung von Pflanzenmedizin und anderen Hausmitteln. Dieses Wissen wurde in ihrer Familie von Generation zu Generation weitergegeben. „Curanderos“ oder „spirituellen Heilern“ aber auch z.B. der Kinesiologie steht sie sehr skeptisch gegenüber. Hier sieht sie viel Scharlatanerie und fürchtet die Arbeit mit schwarzer Magie. Sie betont zwar ihr ausgeprägtes naturwissenschaftliches Verständnis, dennoch meidet sie aus Angst jene Personen und Märkte, die alternative Medizinen im Angebot haben (Interview mit Angeles, am 25.10.2006).



Nachdem die medizinischen Ressourcen Mexiko Citys vorab ausführlich Erwähnung fanden, sollen nun auch die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung in Tlacotepec de Mejía aufgezeigt werden und wende mich jetzt meinen erlebten Erfahrungen in diesem Ort zu.

#### 4.4.2. Tlacotepec de Mejía

Im folgenden Teil beschreibe ich zunächst die Rahmenbedingungen meines Aufenthaltes in Tlacotepec, berichte danach über die medizinischen Gegebenheiten, wie sie sich während meines Aufenthaltes dargestellt haben und gebe dann zusammengefasst die Interviews jener Personen wieder, welche mir zu meinem Forschungsthema am aussagekräftigsten erschienen.

Zu Beginn meines Aufenthaltes in Mexiko begleitete ich die Vereine D.A.M.E. und „Helfen Wir!“ für einige Tage nach Tlacotepec de Mejía, in Folge kurz Tlacotepec, im Bundesstaat Veracruz. Einerseits wurde dort von den Vereinen ein Flohmarkt mit zuvor gesammelten Materialien veranstaltet und weiters wurde ein Buch präsentiert, welches von Schülern dieses Dorfes zusammengestellt und mit Hilfe der Vereine herausgegeben und vervielfältigt wurde. Nachdem ich einigen Personen den Grund meines Aufenthaltes in Mexiko erklärte, bekam ich das Angebot auch in Tlacotepec forschen zu dürfen und mir wurde die Unterkunft in einem Schülerheim, wo neben einigen Schülern auch der Schuldirektor der Mittelschule des Ortes und sein Sohn wohnten, zugesichert. Ich nutzte diese ersten Tage zur Exploration, um mich zurück in Mexiko City auf meine anstehende Feldforschung in Tlacotepec entsprechend vorzubereiten. Nach meiner Rückkehr in das Dorf, einen Monat später, nutzte ich die Möglichkeit der Mitarbeit bei einem mehrtägigen Fest zu Ehren des Hl. Martin, dem Schutzpatron des Dorfes, um mich den Bewohnern bekannt zu machen, in dem ich die Kaffeevereinigung<sup>29</sup> beim Verkauf ihrer Produkte unterstützte. Während meines Aufenthaltes konnte ich zahlreiche Gespräche über die Möglichkeiten der

---

<sup>29</sup> Die meisten meiner Kontaktpersonen in Tlacotepec waren Mitglieder dieser Vereinigung, darunter auch Eugenia, die Privatärztin des Ortes, der Schuldirektor der Mittelschule und die beiden Dorfältesten, Don Primo und Don Oktavio.

medizinischen Versorgung führen und bekam vor allem Einsicht in die biomedizinische Versorgung des Ortes.

Die Gemeinde hatte nach der Volkszählung im Jahre 2000 3653 Einwohner (INEGI XII Censo General de Poblacion y Vivienda 2000)<sup>30</sup>, die Produktion von Kaffee und Rohrzucker dient hauptsächlich als wirtschaftliche Grundlage. Vor der spanischen Eroberung war diese Region von der Kultur der Totonaken geprägt, wobei hier aber zu betonen ist, dass es keine genauen Aufzeichnungen über die indigenen Wurzeln der Bevölkerung gibt (Interview mit Don Primo, am 14.11.2006). „Die mexikanische Küste entlang des Golfs von Mexiko, vor allem im Bereiche des Staates Veracruz, gehört zu den reichsten archäologischen Zonen der Republik, gleichzeitig aber auch zu jenen, über die nur wenig bekannt ist. Systematische wissenschaftliche Ausgrabungen sind selten und noch seltener sind klare Veröffentlichungen darüber“ (Roemer- und Pelizaeus-Museum 1986: 91). Nach Krickeberg unterstanden die Totonaken auch mixtekischen Einflüssen und wurden dann von den Spaniern verdrängt (vgl. Krickeberg 1961: 23f)<sup>31</sup>. Neben den Totonaken könnten nach Auskunft von Don Primo auch die Chichimecas Vorfahren dieses Dorfes sein.

#### Die biomedizinische Versorgung

Die biomedizinische Versorgung wird in Tlacotepec durch ein kleines Gesundheitszentrum, welches vom Gesundheitsministerium (SSA) zur Verfügung gestellt wird und durch eine private Ärztin gedeckt. Diese Einrichtungen

<sup>30</sup> Die INEGI XII zählte in Tlacotepec im Jahre 2000, 2920 Personen aus 3653 die unter 21 Jahre alt waren.

<sup>31</sup> Da es über die Totonaken nur wenige Aufzeichnungen gibt, schlägt Krickeberg vor, das gegenwärtige Volksleben heranzuziehen, um einen Eindruck von dieser Kultur zu bekommen (vgl. Krickeberg 1961: 56). Ein agrarisches Ritual, welches den Ursprung in der totonakischen Kultur hat und auch heute noch ausgeführt wird, ist der „Juego del Volador“. In traditioneller Tracht gekleidet besteigen fünf Männer einen zuvor gefällten Baum, um dann die vier Winde zu würdigen. Dem Aufstellen des Baumes geht ein rituell geopfertes Huhn voraus. Nach der Würdigung lassen sich die Männer an Seilen, welche an einem Drehkreuz befestigt sind herabschweben. Wie Krickeberg berichtet wird dieses Ritual des Öfteren „an hohen kirchlichen Feiertagen aufgeführt“ (Krickeberg 1961: 57). Während meines Aufenthaltes in Tlacotepec konnte ich dieses Ritual, welches im Laufe der Festtage zu Ehren des Hl. Martins veranstaltet wurde, beobachten. Während dieser Festtage wird auch das katholische Ritual der Erstkommunion gefeiert (Feldprotokoll, am 11.11.06).

entsprechen der ersten Versorgungsinstanz. Die nächsten Einrichtungen der zweiten Instanz von SSA, IMSS und ISSSTE, welche mit Röntgenapparaten, mit chirurgischen Abteilungen, mit Möglichkeiten für diverse Analysen und mit Apotheken ausgestattet sind, befinden sich in Huatusco, ungefähr eine halbe Stunde Autofahrt von Tlacotepec entfernt. Das nächste private Krankenhaus der dritten Versorgungsinstanz mit Spezialisten, ist in Puerto de Veracruz, mehr als zwei Autostunden entfernt (Interview mit Dr. Azamar, am 17.11.07, Interview mit Dr. Eugenia, am 22.11.06).

#### Die Verwendung von Heilkräutern

Die Verwendung von medizinischen Pflanzen findet auch hier weite Verbreitung und stellt ein wichtiges Standbein für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Tlacotepec dar. Die Kenntnisse über den Gebrauch von Heilkräutern teilen sich die meisten Personen, mit denen ich zu diesem Thema ins Gespräch kam. Während einer Wanderung mit dem kräuterkundigen Migel durch das Dorf, dessen Gärten und die unmittelbare Umgebung, wurden mir zahlreiche Pflanzen und deren Anwendungen vorgestellt. Migel betonte die Wichtigkeit der Heilpflanzen für ihn und seine Familie, wie auch für die anderen Bewohner. Sein Wissen hat er u.a. von seiner Mutter und von seiner Ehefrau, wie auch aus Büchern und durch sein ökologisches Studium, mit Spezialisierung auf die Kaffeeproduktion, erworben. Die medizinischen Pflanzen werden nach Migels Aussagen von den Menschen selbst angebaut, sind auf den Feldern zu finden und können auch auf den Märkten in den umliegenden Städten erworben werden. Neben der Verwendung von medizinischen Pflanzen betont Migel, dass der eher vermögende Teil der Bevölkerung die Biomedizin bevorzugt und die ärmere Bevölkerung auch Curanderos aufsucht. Nachdem auch er Mitglied der Kaffeevereinigung ist, steht er mit Eugenia, der Privatärztin, in Kontakt und sucht keine „anderen Ärzte“ auf (Interview mit Migel, am 23.11.06). Das Wissen über die Verwendung und Zubereitung von Heilpflanzen wird als kulturelles Erbe betrachtet und wurde mir des Öfteren während zahlreicher Spaziergänge mit diversen Personen bestätigt (Interview mit Migel, am 23.11.06, mit Don Primo, am 14.11.06, mit Ofelia, am 17.11.06, mit Abel, am 22.11.06).

### Andere Arten der Medizin

Die Verwendung von anderen Arten der Medizin als der Biomedizin und der Gebrauch von Medizinalpflanzen zur Gesundheitsversorgung schienen mir hier nicht von großer Bedeutung. Die Homöopathie dürfte hier weniger bekannt und nicht so leicht erreichbar sein (Interview mit Maestra Angelica, am 20.11.06). Traditionelle Knochenheiler, Spezialisten für Heilpflanzen, Curanderos und Hebammen wurden während meiner Gespräche erst durch mein Nachfragen angesprochen. Solche Persönlichkeiten waren zwar schon bekannt, aber nicht direkt in diesem Ort angesiedelt und werden von meinen Interviewpersonen auch nicht aufgesucht (Interview mit Don Primo, am 14.11.06, mit Ofelia, am 17.11.06, mit Abel, am 22.11.06). Manchmal erhielt ich auf meine Frage nach der Verwendung von alternativen Medizinformen, wie die Verwendung von Medizinalpflanzen bzw. den Besuch bei „anderen Ärzten“, wie Heiler<sup>32</sup> auch genannt werden, ein klares „No“ bzw. widersprüchliche Aussagen, obwohl die Verwendung von Kräutern offensichtlich war. Diese Situation führt wieder zu dem Thema zurück, inwieweit die Anwesenheit meiner Person und der Einfluss der Hilfsorganisationen die sozialen Gegebenheiten beeinflussen. Vertrauenspersonen wiesen mich darauf hin, dass manche Menschen mir bestimmt mit Vorsicht gegenüber traten, da ich als europäische Studentin, alternative Heilmethoden als lächerlich oder rückschrittlich betrachten könnte. Da manche Personen auch den Mitgliedern der Vereine so gegenübertraten und von den Hilfeleistungen der Vereine profitieren und mich vermutlich als Mitglied dieser Organisationen wahrnahmen, waren die Menschen sehr vorsichtig zu welchen Informationen ich Zugang bekam. Leider war das Vertrauensverhältnis zu vielen Personen erst am Ende meines Aufenthaltes in diesem Ort soweit aufgebaut, um auch Informationen über die Verwendung von Alternativen zur Biomedizin zu erhalten. Es war sogar die Privatärztin des Ortes, welche versuchte den Kontakt mit einer Heilerin herzustellen, der jedoch aus zeitlichen Gründen, zunächst seitens der Heilerin, dann seitens der Ärztin und schlussendlich auch meinerseits nicht mehr möglich war. Ein weiterer Grund dafür wenig Daten zum Thema „Alternativmedizin“ zu bekommen, liegt meiner Meinung in der Tatsache,

---

<sup>32</sup> „Heiler – was wohl die neutralste Bezeichnung ist, um all die zu benennen, die Wohlbefinden (wieder)herstellen wollen“ (Greifeld 2003: 127).

dass 2920 von 3653 Personen unter 21 Jahre alt und deshalb mit ihren traditionellen Medizinen nicht mehr vertraut sind.

Nachdem einige Angaben über das Dorf und dessen Gesundheitsversorgung getätigt wurden, gehe ich zunächst dazu über, die Aussagen zweier im biomedizinischen Bereich tätigen Menschen darzustellen, gefolgt von Angaben anderer Bewohner des Ortes über ihre Handhabung bei Missbefinden.

„Centro de Salud“, Interview mit Dr. Soul Tecalco Azamar, am 17.11.07

Das „Centro de Salud“ ist eine kleine, biomedizinische Einrichtung, welche der gesamten Bevölkerung der Gemeinde zur Verfügung steht. Vorausgesetzt es werden diverse Präventivmaßnahmen genutzt, stellt das „Centro de Salud“ kostenlose Behandlung zur Verfügung. Von dem leitenden Arzt, Dr. Soul Tecalco Azamar, einem Allgemeinmediziner, erhielt ich folgende Informationen: Während meines Aufenthalts war der Arzt bereits für fünfzehn Monate von der Regierung in Tlacotepec stationiert. Dieser Gesundheitsstation war neben diesem Herrn ein weiterer Arzt, welcher sich in medizinischer Ausbildung befand und dort das einjährige Praktikumsjahr absolvierte, um das Medizinstudium abschließen zu können, zugeteilt. Weiters waren zwei Krankenschwestern, welche aus der umliegenden Region stammen, angestellt. Das „Centro de Salud“ setzt sich neben den beiden Wohnräumen der Ärzte, aus einem Empfangsraum und zwei Behandlungszimmern zusammen. Zur Prävention von Krankheiten werden im „Centro de Salud“ monatlich Vorträge zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen (z.B. über Verhütung oder über den Umgang mit Diabetes und hohem Blutdruck) gehalten. Der Besuch dieser Vorträge ist Voraussetzung, um dort kostenlos medizinische Leistungen beanspruchen zu können. In dieser Einrichtung werden vorwiegend einfache Krankheiten wie Hautprobleme, Magen-, Darmbeschwerden, Lungenkrankheiten und einfache Verletzungen behandelt. Sind weitere Untersuchungen nötig, erhält man hier die Überweisung zur nächsten Versorgungsinstanz, zu einem Spezialisten oder in ein Krankenhaus. Dr. Azamar empfängt pro Woche zwischen 125- 150 Personen. Die Behandlung und die Medikamente sind kostenlos, sofern sie im „Centro de Salud“ vorhanden sind. Dr.

Azamar war es wichtig zu betonen, dass die Struktur der biomedizinischen Versorgung in Mexiko theoretisch gut durchdacht ist, dass es allerdings an Medikamenten, an technischer Ausstattung und allgemein an finanzieller Unterstützung mangelt. Auf die Frage was die Menschen aus Tlacotepec tun, wenn sie krank sind, antwortete mir der Arzt, dass die Menschen für gewöhnlich das „Centro de Salud“ oder die private Ärztin aufsuchen. Er erwähnte allerdings auch das Wissen der Menschen über Curanderos und Hueseros. Entscheidend ist seiner Meinung nach die Art der Krankheit, wegen der ein Heiler aufgesucht wird. Der wichtigste Unterschied zwischen ihm und den traditionellen Ärzten, wie er sie nennt, liegt in der universitären Ausbildung. Er selbst hat sechs Jahre lang Medizin an einer Universität studiert; im Gegensatz dazu wird das Wissen der traditionellen Ärzte seiner Meinung nach von Generation zu Generation innerhalb der Familie weitergegeben. Er hat kein Problem mit dieser Art von Ärzten, räumt ihnen aber keine hohe Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein (Interview Dr. Azamar, am 17.11.07).

#### Interview mit Dr. Eugenia, am 15.11.06

Neben dem „Centro de Salud“ gibt es hier seit 29 Jahren eine private Ärztin, welche in der Bevölkerung großes Vertrauen genießt. Eugenia hatte damals im „Centro de Salud“ ihr einjähriges Praktikum, das „servicio social“, für den Abschluss ihres Medizinstudiums absolviert. Als der damalige Privatarzt des Ortes in den Ruhestand trat, hat sie dessen Räumlichkeiten übernommen. Ihre Ordination besteht aus zwei Räumen und befindet sich neben ihrem Wohnhaus. Sie hat einen kleinen Vorrat an chemischen wie auch natürlichen Medikamenten in Form von Kapseln, Säften oder Tees. Auch sie kann ausschließlich einfache Krankheiten wie grippale Infekte, Erkrankungen des Magen-Darmtraktes etc. behandeln. Benötigen Menschen weitere Untersuchungen - wie Röntgen- oder Ultraschalluntersuchungen - stellt Eugenia entsprechende Überweisungen aus. Pro Woche behandelt sie 13 - 40 Personen, wobei eine Untersuchung 80 Pesos kostet und für Medikamente extra bezahlt wird. Eugenia betont während unserer Gespräche, dass es auch in Tlacotepec Menschen gibt, die sich eine biomedizinische Gesundheitsversorgung nicht leisten können und kritisiert den

Mangel an personeller, medikamentöser und technischer Ausstattung. Können Menschen die Kosten nicht sofort decken, nimmt sie als Gegenleistung auch Naturalien an oder vereinbart Ratenzahlungen. Einer Fusion der natürlichen Medizin, damit spricht sie die Kräutermedizin an, mit der Biomedizin steht sie sehr positiv gegenüber. Eugenia selbst kennt eine Dame in der Umgebung, die mit Pflanzen arbeitet, sich mit Magenproblemen und Angina auskennt und auch „Esperanto“<sup>33</sup> heilt. Auf die Frage nach der Bedeutung von spirituellen Heilern, Curanderos, Homöopathen oder anderen Arten von Ärzten geht sie nicht ein. Diesbezüglich betont Eugenia, dass Menschen bei Krankheit einen Biomediziner aufsuchen; soll einer Person Schaden zugefügt werden, werden die Dienste von Curanderos beansprucht. Sie selbst ist aufgrund der Tätigkeit des Ehemannes als Lehrer beim ISSSTE versichert. Sie achtet auf genügend Bewegung und gesunde Ernährung, indem sie auf Dosenessen und Limonaden verzichtet, bei Krankheit verwendet sie natürliche Mittel und pharmazeutische Medikamente. Bei schweren Krankheiten würde sie eine private Krankeneinrichtung aufsuchen. Die Ärztin betont, dass die staatlichen Einrichtungen nur jene Behandlungen bezahlen, welche sie auch anbieten können. Sind Behandlungen außerhalb aufzusuchen, sind diese privat zu bezahlen. Alternative Heiler, wie Curanderos, Homöopathen oder den Besuch bei spirituellen Heilern beansprucht sie nicht. Auch Eugenia kritisiert die mangelnde biomedizinische Ausstattung in Tlacotepec, betont aber auch, dass sie die Aufklärungsprogramme im Centro de Salud über Verhütung, Diabetes und Bluthochdruck als gut und nützlich beurteilt. Könnte sie frei entscheiden, würde sich Eugenia für Tlacotepec ein Krankenhaus mit genügend Ausstattung für Chirurgie, Ultraschall und Röntgen wünschen, um auch Notfälle behandeln zu können, damit die Menschen die Reise nach Huatusco nicht auf sich nehmen müssen (Interview mit Dr. Eugenia, am 15.11.06).

---

<sup>33</sup> Ein kulturgebundenen Syndrom, welches im Lateinamerikanischen Raum auch als „Susto“ bekannt ist.

Interview mit Informantin S., Mitarbeiterin vom „nationalen Institut für öffentliche Gesundheit“, am 24.11.06

Während meines Aufenthaltes in Tlacotepec wurde eine Umfrage im Auftrag des „Instituto nacional de Salubridad Pública“ durchgeführt, um die sozioökonomischen Gegebenheiten zu erschließen und um die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung zu ermitteln. Als auch die Personen in meiner Unterkunft zu ihren gesundheitlichen Gewohnheiten und Krankheiten befragt wurden, nutzte ich die Gelegenheit mit einer der Damen ins Gespräch zu kommen. Meine Gesprächspartnerin betonte den Mangel an Medikamenten in Tlacotepec sowie den Mangel an Aufmerksamkeit der Ärzte und die langen Wartezeiten auf eine entsprechende Behandlung. Das sind ihrer Meinung nach Gründe dafür, warum die Menschen dazu gezwungen sind in die nächste Stadt zu fahren, um genügend versorgt zu werden. Weiters betont sie, dass sich viele Menschen in Tlacotepec eine medizinische Betreuung nicht leisten können und deshalb von der Verwendung von medizinischen Pflanzen abhängig sind. Über die Verwendung von anderen Medizinarten weiß sie nicht Bescheid. Um sich dennoch medizinische Versorgung leisten zu können, verkaufen Menschen manchmal Tiere, sofern sie welche haben oder sparen an der Ernährung, was wiederum Mangelerscheinungen nach sich zieht. Der allgemeine finanzielle Mangel ist ihrer Meinung nach der Grund, warum Menschen nicht gesund sind. Meine Gesprächspartnerin brachte auch politische Aspekte, welche die Gesundheitsversorgung beeinflussen, zur Sprache. Dabei erwähnte sie, dass nur Wähler der PRI-Partei kostenlos versorgt werden und Unterstützung bekommen. Die parteipolitische Abhängigkeit wurde von keiner meiner weiteren Interviewpersonen angesprochen bzw. bestätigt (Interview mit Informantin S., am 24.11.06).

Interview mit Primo López Morales, am 14.11.06

Don Primo ist mit 73 Jahren einer der Dorfältesten und hatte Vieles über die Medizin der Vergangenheit und der Gegenwart zu berichten. Aufgrund seines Alters war Don Primo ein wichtiger Informant, um Auskunft über die Geschichte Tlacotepecs zu erhalten. In den Jahren 1964 – 67 und 1971 – 74 war er



Bürgermeister dieses Ortes. Damals hatte er sich u.a. stark für die Etablierung einer biomedizinischen Versorgung eingesetzt und konnte 1965 die erstmalige Stationierung eines Biomediziners in Tlacotepec bewirken. Don Primo ist sehr stolz auf die jungen Leute aus Tlacotepec, welche in den Städten Medizin studieren und hofft auf die Rückkehr dieser Menschen nach ihrer Ausbildung. Er betont, dass die jungen Ärzte aufgrund ihrer Herkunft aus Tlacotepec das Vertrauen der Bevölkerung gewinnen würden und dadurch eine bessere biomedizinische Versorgung gegeben wäre (Interview Don Primo 14.11.2006). Auf die Frage, ob er Kenntnisse über die Medizin vor der Kolonialisierung habe und was sich seiner Meinung nach seitdem geändert hat, meinte er, dass die Pflanzen die gleichen geblieben wären. Früher gab es in dieser Region viele Curanderos, mit der Missionierung kam es allerdings vermehrt zu Konflikten. Die Heiler mussten in ihrer Ausübung immer vorsichtiger werden und dezimierten sich mit der Zeit. Nach dem ersten Aufkommen der Biomediziner verschwanden auch die letzten Curanderos und traditionellen Heiler aus dieser Region. Don Primo erwähnte, dass Menschen auch heute noch Curanderos in der Umgebung kennen und auf deren Fähigkeiten vertrauen. Er selbst sucht solche Persönlichkeiten nicht auf. Er hört zwar gerne Geschichten darüber und hat früher auch Curanderos aufgesucht. Heute betrachtet er diese Behandlungen allerdings sehr skeptisch und geht nicht weiter auf dieses Thema ein. Das Wissen über die Heilpflanzen ist seiner Meinung nach das wichtigste kulturelle Erbe in Bezug auf Medizin und auch heute noch ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung. In der Umgebung sind laut Don Primo 800 verschiedene Pflanzen zu finden, welche bei Krankheiten verwendet werden können. Er erzählte eine Geschichte über seine Mutter, die einst an einer Hautkrankheit gelitten hatte. Ihr wurde eine bestimmte Pflanze geraten, welche in der Umgebung nicht zu finden war. Don Primo machte sich auf den Weg diese Pflanze zu suchen und war dabei auch erfolgreich. Nachdem die Pflanze ihre Wirksamkeit bewiesen hatte, setzte Don Primo einen Samen dieses Gewächses in seinem Garten aus. Der Baum ist mittlerweile 30 oder 40 Jahre alt. Er selbst verwendet diese Pflanze nicht mehr, hin und wieder kommen allerdings Menschen vorbei und holen sich einige Blätter. Dabei ist es Don Primo wichtig, dass die Menschen sparsam und

behutsam mit dem Baum umgehen, damit er erhalten bleibt (Don Primo 13.11.2006). Um gesund zu bleiben, versucht Don Primo sich gesund zu ernähren, indem er regelmäßig frische Früchte zu sich nimmt und stark gewürzte Speisen vermeidet. Da er nicht krankenversichert ist, sucht er für die medizinische Betreuung einen Freund auf, der Arzt und in der nächsten Stadt beheimatet ist. Als er an den Folgen eines Schlaganfalls litt, ließ er sich in einem privaten Krankenhaus behandeln und bezahlte die Kosten selbst. Auch er hat Kenntnisse über medizinische Pflanzen und verwendet sie bei leichten Beschwerden. Bei Krankheit vertraut er mehr auf biomedizinische Produkte, da diese schneller wirken als Heilpflanzen. Andere Arten der Medizin beansprucht er nicht. Ihm ist es wichtig zu betonen, dass sich die Regierung mehr um die Gesundheit der Bevölkerung kümmern und genügend Medikamente zur Verfügung stellen sollte. Er betont, dass diejenigen, welche für den Gesundheitsbereich zuständig sind, nur den wirtschaftlichen Faktor betrachten und anstatt sich um das Wohl und die Bedürfnisse der Bevölkerung zu kümmern, den Profit im Vordergrund sehen. Gesundheit ist seiner Meinung nach auch eine Sache der finanziellen Möglichkeiten; er erzählt darüber, dass sich Menschen mit finanziellen Möglichkeiten auch einen Arzt leisten. Die ärmere Bevölkerung kann medizinische Leistungen oft nicht finanzieren und bleibt krank. Eine Lösung dafür sieht er nicht (Interview mit Don Primo, am 14.11.2006).

#### Interview mit Ofelia, am 17.11.06

Ofelia, 46 Jahre, versucht sich ausgewogen zu ernähren und achtet auf guten Schlaf, um gesund zu bleiben. Sie besitzt ebenfalls Kenntnisse über medizinische Pflanzen und verwendet sie auch in Form von Tees, Umschlägen, Salben, zur Inhalation und zum Kochen. Die verwendeten Kräuter bezieht sie entweder aus der Umgebung oder vom Markt in Huatusco. Neben dem Wissen über die Verwendung von Heilpflanzen betrachtet Ofelia auch die Fähigkeiten der Hebammen als kulturelles, medizinisches Erbe. Ofelia weiß zwar, dass es in der Umgebung Spezialisten für Heilpflanzen, so genannte Hierberos, gibt, jedoch beansprucht sie deren Dienste nicht, da sie selbst weiß, welche Pflanzen zu verwenden sind. Auch Ofelia ist nicht krankenversichert. Bei Krankheit fährt sie,

wie viele andere, in die etwas weiter entfernte Stadt Xalapa zu den Spezialisten und bezahlt die Behandlung selbst. Wenn möglich bezieht sie Medikamente aus dem Centro de Salud, ist die entsprechende Medizin dort nicht vorhanden, versucht sie es in den Apotheken in Tlacotepec oder Huatusco. Eine andere Art Heiler, wie einen Curandero, sucht sie nicht auf. Sie befürchtet, dass diese Personen schwarze Magie anwenden. Mit der medizinischen Versorgung und den Kenntnissen der Ärzte an sich ist sie sehr zufrieden, jedoch betont auch Ofelia den Mangel an Medikamenten und das Problem, dass sie nicht genügend Möglichkeiten und Ausstattung haben (Interview mit Ofelia, am 17.11.2006).

#### Interview mit Abel, 54 Jahre, am 22.11.06

Während meiner Unterkunft im Haus des Schuldirektors ergaben sich auch mit ihm zahlreiche Möglichkeiten, um Gespräche über das Gesundheitswesen zu führen. Als Direktor der Mittelschule in Tlacotepec ist er beim ISSSTE versichert und kann dadurch dessen Leistungen beanspruchen, Medikamente beziehen und bei Bedarf kostenlos ein Krankenhaus benutzen. Bei Missbefinden sucht er die ansässige Ärztin, Eugenia, auf oder beansprucht Einrichtungen des ISSSTE. Mangelt es dort an entsprechenden Medikamenten, so erwirbt Abel die Medikamente in Apotheken. Private Gesundheitseinrichtungen beansprucht er nur in Fällen, wo ein medizinischer Spezialist gefragt ist, z.B. ein Herzspezialist. Da er an Diabetes leidet, benötigt er Medikamente, welche er unter anderem von dem Verein „Helfen Wir!“ erhält. Auch er hat Kenntnisse über medizinische Pflanzen und verwendet sie manchmal in Form von Tees und Teeaufgüssen. Zu Curanderos geht er nicht, aber manchmal sucht er einen Mann auf, der mit Heilkräutern arbeitet und ihm sagt, welche Pflanze verwendet werden soll. Abel ist es wichtig zu betonen, dass es für zu viele Menschen zu wenige Ärzte gibt. Er würde sich ein Krankenhaus wünschen, wenn auch nur ein kleines, damit die Menschen vor allem bei Notfällen versorgt werden können. Oft gibt es in der Bevölkerung Bedürfnisse medizinischer Natur, welche nicht gedeckt werden können, deshalb hält er den Ausbau der biomedizinischen Leistungen und Krankeneinrichtungen für eine Angelegenheit höchster Priorität (Interview mit Abel, am 22.11.2006).

Nachdem ich meine Erfahrungen der Feldforschung sowohl in Mexiko City wie auch in Tlacotepec de Mejía dargelegt habe, fasse ich die Ergebnisse noch einmal punktuell zusammen.

### Gesundheitserhaltung

Folgende Punkte wurden mir genannt, um die Gesundheit zu erhalten:

- Gesunde Ernährung mit frischen Früchten
- Vermeidung von Konservennahrung
- Vermeidung von stark gewürzten Speisen
- Vermeidung von Limonaden
- Auf guten und ausreichenden Schlaf achten

### Kritik an der Biomedizin

Die Kritik an dieser Medizin bezog sich auf folgende Punkte:

- Personelle Unterbesetzung
- Mangel an technischer Ausstattung
- Mangel an vorrätigen und entsprechenden Medikamenten
- Hohe Kosten für biomedizinische Behandlungen
- Lange Wartezeiten für biomedizinische Behandlungen
- Angst vor Nebenwirkungen
- Angst vor falsch verschriebenen Arzneien
- Mangel an Vertrauen in die Ärzte und Pharmaindustrie, das Wohlergehen der Menschen vor Augen zu haben
- Ärzte gehen nicht auf Patienten und deren Anliegen ein
- Ärzte schenken Patienten wenig Aufmerksamkeit und nicht genügend Zeit
- Mangel an Motivation der Ärzte, Menschen helfen zu wollen
- Kritik an Ärzten, bloß auf finanzielles Entgelt konzentriert zu sein
- Kritik an Biomedizinern, die keine offizielle Ausbildung haben
- Kritik an der Profitgier der Pharmaindustrie, welche absichtlich Krankheiten hervorbringt, um in Folge Arzneien produzieren und vertreiben zu können.

### Kritik an anderen Medizinen

Andere Arten der Medizin als die Biomedizin werden kritisiert:

- nicht so effektiv zu sein wie biomedizinische Behandlungen
- schwarzmagische Techniken zu verwenden
- betrügerisch zu arbeiten
- Mangel an Vertrauen, ob der Heiler tatsächlich die Fähigkeiten hat zu heilen,
- oder ob bloß das finanzielle Entgelt im Vordergrund steht

### Aspekte, welche die Entscheidungsfindung für die Verwendung von Medizinen beeinflussen

- In erster Linie wurden die Sozialisation, die erfahrene Erziehung und soziale Klassenzugehörigkeit genannt, welche die Entscheidungsfindung für die Verwendung einer bestimmten Medizin beeinflussen.
- Weiters die Art der Erkrankung
- Erfolgreiche biomedizinische Behandlung
- Finanzielle Möglichkeiten
- Regionale Erreichbarkeit

### Gründe für die bevorzugte Verwendung...

... von Homöopathie

- wenn Biomedizin keine Linderung bringt,
- weil homöopathische Mittel mit natürlichen Arzneien assoziiert werden,
- weil sie kostengünstiger ist,
- weil sie als gesünder betrachtet wird und weniger Nebenwirkungen auftreten,
- weil sie den Patienten mehr Aufmerksamkeit und Zeit geschenkt und
- die individuellen Lebensgeschichten der Patienten beachtet werden

... von der Biomedizin

- beliebt wegen der schnelleren Wirksamkeit

- Das Gesundheitssystem wird als gut durchdacht betrachtet und
- das Angebot an Gesundheitsvorträgen geschätzt;
- Sind finanzielle Ressourcen vorhanden, so wird auf private Anbieter zurückgegriffen

... von Medizinalpflanzen

- Das Wissen über Medizinalpflanzen wird als kulturelles Erbe betrachtet und ist weit verbreitet,
- wird von Generation zu Generation weiter gegeben
- Oft gibt es dafür keine Spezialisten
- Weil keine finanziellen Möglichkeiten für andere Behandlungen vorhanden sind

... von verschiedene Medizinen gleichzeitig

- wie im Falle von Marthas Bruder, der sowohl traditionelle wie auch biomedizinische Behandlungen anwendet
- wie im Falle Dr. Eugenias, die natürliche und pharmazeutische Arzneien verschreibt
- wie im Falle Dr. Tovars, die homöopathische wie auch pharmazeutische Arzneien verschreibt
- wie im Falle Hildas, die sowohl homöopathische, pflanzliche und tierische Arzneien wie auch magische Produkte anbietet

#### Beziehungen der Akteure zueinander

- Hilda, die Marktverkäuferin nutzt neben ihrem eigenen Angebot auch die Dienste von spirituellen Heilern und Biomedizinern; Curanderos vertraut sie nicht.
- Dr. Tovar behandelt vorwiegend physische Beschwerden und verschreibt dabei homöopathische und pharmazeutische Arzneien; andere Heiler sieht sie für Liebeskrankheiten zuständig, steht diesen aber positiv gegenüber, da sie die Selbstheilungskräfte aktivieren können.

- Dr. Azamar hat keine Probleme mit anderen Arten der Heilung, schreibt diesen aber keinen hohen Stellenwert für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu.
- Dr. Eugenia setzt sich für die Fusion von natürlicher Medizin mit der Biomedizin ein.
- Das Vertrauen in die jeweilige Heilerpersönlichkeit spielt eine Rolle in der Entscheidungsfindung.
- Menschen mit naturwissenschaftlichem Verständnis bevorzugen in erster Linie biomedizinische Behandlungen und betrachten andere Arten skeptisch.
- Haben Menschen positive Erfahrungen mit einer medizinischen Leistung, so werden nicht unbedingt Alternativen gesucht, wie im Falle Aidas.

#### Gemeinsamkeiten/ Unterschiede

Sowohl bei homöopathischer Behandlung, bei dem Besuch eines Curanderos und bei dem Purification Rundown

- wird Hoffnung vermittelt und
- werden Selbstheilungskräfte aktiviert;
- Unterscheidungen werden zwischen Behandlungen physischer Probleme, Liebeskrankheiten und Arbeit mit schwarzer Magie getroffen
- Unterschieden wird aufgrund der Art der Ausbildung zum jeweiligen Heiler bzw. Arzt

### **5. Zusammenführung**

Da bei der Untersuchung des Phänomens Medizinpluralismus medizinanthropologische Modelle und Konzepte, welche im Laufe der Geschichte entwickelt wurden, zur Anwendung kommen können, war es mir wichtig, den Verlauf der Geschichte in Bezug auf die Untersuchungen von Medizinen und Gesundheitsversorgungssystemen im 20. Jhd. darzustellen. Wesentliche Erkenntnisse in der Medizinanthropologie wurden zu Beginn des 20. Jhdts. von Williams Hales Rivers postuliert: er betonte die Wichtigkeit, eine Kultur mit ihren medizinischen Vorstellungen nur aus sich selbst heraus erklären und verstehen zu

können. Er erkannte, dass jede Kultur eigene Theorien zur Krankheitsentstehung, entsprechende Diagnosemöglichkeiten und in Folge adäquate Optionen für die Krankheitsbehandlung bereitstellt. Die Einsicht, dass Krankheit, Kranksein und die damit verbundenen Beziehungen, welche Menschen in der Situation von Erkrankung miteinander eingehen, kulturell geprägt sind, war Ergebnis medizinanthropologischer Untersuchungen in den 1940ern und 1950ern. Wichtigstes Anliegen in dieser Zeit war es herauszufinden, wie medizinische Vorstellungen zum Funktionieren einer Gesellschaft beitragen. In der Anthropologie entstanden damals zwei wissenschaftliche Richtungen, welche in der Medizinanthropologie auch heute noch Bedeutung haben: die soziokulturelle und die biokulturelle Annäherung. Biologische Vorstellungen und sein zugrunde liegendes Wissen, welches biologische Annahmen erst hervorbringt und Verhalten, welches dieses Wissen in Bezug auf Medizin und dessen Organisation mit sich bringt, sind Fragen, die soziokulturelle Annäherungen versuchen zu beantworten. Soziokulturelle Wissenschaftsrichtungen sind z.B. von strukturfunktionalistischen und marxistischen Theorien geprägt. Der biokulturelle bzw. ökologische - heute auch als ökologisch-evolutionärer Ansatz bezeichnet - spricht Themen wie Evolution, natürliche Selektion, Genetik, Ökonomie und kulturelle Adaption mit den kurz- bzw. langfristigen Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus von Gruppen an. Gesundheit und Krankheit werden hier als ein Maß gesehen, wie effektiv sich eine soziale Gruppe unter Verwendung von soziokulturellen und biologischen Ressourcen auf ihre Umwelt eingestellt hat und wird hier als Ergebnis der Interaktion zwischen soziokulturellen Strukturen, menschlicher Physiologie und Ökologie gesehen. Forschungsreisen in den 1950ern nach Asien rückten erstmals die Untersuchung von medizinischem Synkretismus in den Vordergrund des wissenschaftlichen Interesses. Damit erfuhren auch die Beachtung des medizinischen Pluralismus mit den Beziehungen der Akteure zueinander sowie die Auswirkungen bzw. Veränderungen, welche die Einführung der Biomedizin in traditionelle Gesellschaften mit sich brachten, mehr Aufmerksamkeit. In den 1960ern lag das medizinanthropologische Forschungsinteresse darin, die allgemeine Natur von Krankheitsverhalten verstehen zu können, indem existierende Krankheitsvorstellungen, die



Organisation medizinischer Versorgungssysteme und medizinische Diagnosemöglichkeiten und Praktiken kulturvergleichend beschrieben wurden. An Bedeutung gewann auch die Erkenntnis, dass historische Gegebenheiten Antworten auf Fragen bringen, wie sich Medizinen verändert und entwickelt haben als auch inwieweit die Kontinuität medizinischer Traditionen besteht. In Bezug auf Medizinpluralismus wurden in dieser Zeit Theorien entwickelt, um Voraussetzungen für die Verwendung einer bestimmten Medizin erforschen zu können. Ausgangspunkt war die Annahme einer logischen Rangfolge für die Verwendung verschiedener Medizinarten bei Krankheit. Dieses Modell der „Hierarchie der Ressorts“ spricht diese Annahme an und findet auch heute noch Anwendung, Janzen 2002: 220, Greifeld 2003: 8, MacElroy und Townsend 2003: 336. Mit der Gründung der „Society of Medical Anthropology“ waren die 1970er eine wichtige Ära für die Entwicklung von theoretischen Herangehensweisen, um den medizinischen Bereich von Kulturen untersuchen zu können.

In dieser Zeit wurden auch zahlreiche fachspezifische Termini definiert, um überhaupt einen medizinanthropologischen Diskurs zu ermöglichen. Leslie prägte den Begriff „Medizinsystem“, Kleinman den Begriff „Gesundheitssystem“ und Unschuld den Terminus „medizinische Mittel“. Eine von Foster und Anderson entwickelte Annäherung, welche in der gegenwärtigen Literatur in Bezug auf Medizinpluralismus Erwähnung findet, sind die beiden Kategorien „personalistic and naturalistic systems“. Dieser Zugang bezieht sich auf die unterschiedlichen Vorstellungen von Krankheitsursachen und dient dazu, einzelne Medizinen kategorisieren zu können. Ende der 1970er wurde eine Konferenz organisiert, um die Tatsache zu diskutieren, dass alle zeitgenössischen Kulturen eine komplexe Organisation diverser Medizinen enthalten. Ziel dieser Konferenz war es, der Problematik der fehlenden Theorien bei der Untersuchung von Gesundheitssystemen entgegenzuwirken und theoretische Grundlagen für eine vergleichende Wissenschaft zu entwickeln. Dabei stellte Kleinman das häufig erwähnte „Drei-Sektoren-Modell“ vor.

Kleinman zeigte damit, dass die innere Struktur der Gesundheitssysteme jeder Kultur zwar ähnlich ist, dessen Inhalte sich jedoch aufgrund von unterschiedlichen sozialen, kulturellen und umweltbedingten Umständen unterscheiden (vgl. Kleinman 1980: 49). Jede Praktik, die zur Gesundheitsversorgung verwendet werden kann, ist in einer dieser drei Sektoren lokalisierbar, wobei aufgezeigt wird, welche Praktiken in einer Gesellschaft dominieren oder marginalisiert werden (vgl. Janzen 2002: 217). In dem sich Menschen zwischen diesen Sektoren bewegen, interagieren diese drei sozialen Bereiche miteinander und stehen dadurch miteinander in Beziehung (vgl. Kleinman 1980: 60). Wie wir u.a. bei Finkler 2001, Joralemon 1999 und Janzen 2002 erfahren haben, spielt dieses Modell in medizinanthropologischen Untersuchungen auch heute noch eine Rolle.

Janzen prägte Ende der 1970er das Konzept der „therapy managing group“. Diese Idee findet vor allem dort Anwendung, wo die Medizin pluralistisch ist und die erkrankte Person gemeinsam mit den Menschen in ihrem nahen Umfeld Entscheidungen darüber trifft, welche Medizin Anwendung finden soll. Viele Autoren beziehen heute in ihren Untersuchungen den Aspekt der „therapy managing group“ mit ein. In den 1980ern wandte man sich von der Suche nach medizinischen Traditionen und den klassischen Ethnographien ab, wobei auch das Thema „Medizinpluralismus“ mehr in den Vordergrund des Forschungsinteresses rückte. Man ging nicht mehr von der Annahme einer Rangfolge bei der Verwendung verschiedener Medizinen aus, sondern vielmehr, dass die Art der Erkrankung und die Krankheitsursache die Entscheidung beeinflussen, welche Medizin Verwendung finden soll. Kleinman geht davon aus, dass Gesundheitssysteme pluralistische Systeme sind und unterschiedliche Glaubensvorstellungen und medizinische Wahlmöglichkeiten enthalten. Um diese unterschiedlichen Vorstellungen und deren Auswirkung auf die Interaktion der Beteiligten untersuchen zu können, hat Kleinman das Konzept der „Explanatory Models“ entwickelt. Hier handelt es sich um personenbezogene Erklärungsmodelle, die für unterschiedliche Abschnitte, welche während einer Erkrankung erfahren werden, Interpretationsmöglichkeiten zur Verfügung stellen.

Das Thema „Medizinpluralismus“ wurde in den 1980ern auch aus einer politisch-ökonomischen Perspektive betrachtet, um auch ökonomischen, politischen und ideologischen Aspekten, welche auf die Gesundheitsversorgung Einfluss haben, Beachtung zu schenken.

Seit den 1990ern wird hauptsächlich von vier Wissenschaftsrichtungen innerhalb der Medical Anthropology gesprochen, welche unabhängig voneinander arbeiten und jeweils eigene Theorien für die Untersuchung von medizinischen Phänomenen entwickeln. Soziokulturelle Annäherungen sprechen sowohl biologische Vorstellungen, diesbezügliches Gesundheitsverhalten, welches aufgrund von medizinischem Wissen geprägt ist, die Organisation dieses Wissen und die Beziehungen der Akteure zueinander an. Kulturkonstruktivistische Theorien betrachten dabei eher die Mikroebene von medizinischen Phänomenen, wie die Interaktion zwischen Patienten und medizinischen Anbietern und deren Vorstellungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Politisch-ökonomische Theorien haben wiederum eher die Makroebene im Mittelpunkt ihrer Betrachtung. Sie kommen der Anforderung nach, auch Machtstrukturen, politische und ökonomische Gesichtspunkte sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheit wahrzunehmen, gerecht zu werden. Diese Annäherung kritisiert die ungleiche Verteilung und Verfügbarkeit der medizinischen Ressourcen innerhalb einer Bevölkerung und wird häufig von marxistischen Terminologien begleitet. Die Einflüsse der Ökologie auf das Gesundheitsverhalten werden, wie bereits erläutert, von biokulturellen Forschungsrichtungen angesprochen. Diese Untersuchungen konzentrieren sich auf die Zusammenhänge zwischen soziokulturellen Mustern, biologischen und umweltverhafteten Gegebenheiten sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen, wobei evolutionistische Ansichten und das Konzept der Adaption im Vordergrund stehen (vgl. Joralemon 1999: 12). Applied Medical Anthropology als vierte Wissenschaftsrichtung stellt den angewandten Bereich innerhalb der Disziplin dar. Dieser Aspekt kann in Bezug auf die Arbeit von NGOs Bedeutung haben.

Eine Grundlage der Sozial- und Kulturanthropologie liegt in ihrer holistischen Herangehensweise, soziale und kulturelle Phänomene zu untersuchen - so auch in der Medizinanthropologie. Da es allerdings kaum möglich ist alle relevanten Aspekte bei der Erforschung von medizinischen Phänomenen, wie das der Erscheinung des Medizinpluralismus, zu beachten, bestimmt die gewählte Theorie, welche Daten gesammelt und welche Fragen beantwortet werden können (vgl. MacElroy und Townsend 2003: 71, Brown 1998: 6). Da jede der vier medizinanthropologischen Wissenschaftsrichtungen kritisiert wird, bei Untersuchungen jeweils wichtige Bereiche außer Acht zu lassen und Forscher darin einschränkt werden theorieübergreifend und holistisch zu arbeiten, wäre eine Erwägung und Integration aller vier Richtungen, wie es Joralemon und Brown vorschlagen, sinnvoll (vgl. Joralemon 1999: 12, Brown 1998: 6).

Charles Leslie betonte die Notwendigkeit, bei der Untersuchung von Krankheitsverhalten sowohl biologische Aspekte zu beachten, um grundlegende Konzepte von Krankheit und Gesundheit erkennen zu können, wie auch kulturelle Gegebenheiten wahrzunehmen, um das medizinische Wissen, welches die Entscheidungsfindung beeinflusst, analysieren zu können. Weiters postuliert er die Wichtigkeit auch soziale Konstellationen zu berücksichtigen, um auf die Gestaltung der Machtstrukturen und der Beziehungen der Akteure Rückschlüsse ziehen zu können. Einige dieser Aspekte wurden im zweiten Teil dieser Arbeit in Bezug auf die Region Mexikos behandelt (vgl. Leslie 1976: 10f). Gerade um ein Phänomen wie den Medizinpluralismus untersuchen zu können, ist es notwendig Erklärungsmodelle für Gesundheit und Krankheit zu kennen, weiters sind historische, politische, ökonomische, religiöse, ideologische, ökologische, technologische, geographische, klimatische, demographische, landwirtschaftliche und industrielle Entwicklungen zu beachten. Diese Faktoren beeinflussen die Erscheinung des Medizinpluralismus sowohl auf einer strukturellen wie auf einer individuellen Ebene.

Nachdem die wichtigsten, zeitgenössischen, theoretischen Perspektiven innerhalb der Medizinanthropologen Erwähnung fanden, möchte ich im Anschluss einige

Faktoren, den Medizinpluralismus in Mexiko betreffend, nochmals zusammengefasst darlegen.

Traditionelle, alternative bzw. komplementäre Medizinen bilden zusammen mit der Biomedizin den Medizinpluralismus einer Gesellschaft. Die Entstehung und die weltweite Verbreitung dieses Phänomens beruhen einerseits auf einem jahrhunderte langen Austausch medizinischer Praktiken aufgrund von Eroberung, Migration und Globalisierung. Auf der anderen Seite argumentieren Autoren, dass die Wurzeln dieser Erscheinung vor allem in der steigenden Stratifikation von Gesellschaften liegen, welche unterschiedliche Deutungs- und Handlungsmuster hervorbringen. Es wird betont, je komplexer sich eine Gesellschaft gestaltet, umso größer ist auch das Angebot unterschiedlicher Medizinen. In kleinen Gesellschaften kann oft eine einheitliche Vorstellung über Krankheit und Gesundheit existieren, was die Verwendung einer bestimmten Medizin mit sich bringt. In komplexeren Gesellschaften, wie die in Mexiko, können sich diese Sichtweisen von Mensch zu Mensch, von Gruppe zu Gruppe und von Region zu Region unterscheiden, was wiederum ein größeres Angebot an Medizinen zur Folge hat. Unterschiedliche Krankheitsvorstellungen und Behandlungsmöglichkeiten sind auch in Mexiko zu finden. Sowohl traditionelle, komplementäre und alternative Medizinen wie auch die Biomedizin bilden den mexikanischen Medizinpluralismus. Obwohl es wenig exakte Aufzeichnungen über die Geschichte der Medizin Mexikos vor der Eroberung gibt, scheint sie durch den vielseitigen kulturellen Einfluss, sowohl vor der spanischen Eroberung, wie auch postkolonial, pluralistisch zu sein. Der Jahrhunderte lang andauernde Austausch medizinischer Praktiken in Folge von Eroberung, Migration und Globalisierung führte auch in Mexiko teilweise zur Verdrängung von traditionellen Medizinen, brachte aber auch mit sich, dass Medizinen vermischt wurden und heute nebeneinander existieren können.

Der Medizinpluralismus ist eine dynamische Gegebenheit, die ständigen Veränderungen unterliegt. Der globale Austausch trägt dazu bei, dass nationale Grenzen auch bei der Verbreitung von medizinischen Praktiken keine Rolle mehr

spielen. Als Ergebnis kommt es teilweise zur Verdrängung, aber auch zum Synkretismus verschiedener Medizinen. Es sind gewisse Krankheitsvorstellungen und medizinische Bedürfnisse, welche die Verwendung bestimmter Medizinen legitimieren und zu deren Erhalt beitragen. Auch das Interesse der „westlichen“ Welt an alternativen Heilmethoden trägt zur Existenzsicherung medizinischer Traditionen bei. Wird eine Medizin, die in einem bestimmten kulturellen Kontext entstanden ist, von einer anderen Kultur übernommen, so wird diese entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung verändert und angepasst. Somit wird eine bestimmte Medizin überall anders ausgeführt.

Die historischen Grundlagen der mexikanischen Gesundheitsversorgung sind wegen der spärlichen Quellenlage und der eurozentrischen Prägung der erhaltenen Schriften aus der Kolonialzeit schwer zu rekonstruieren. Aufgrund dieses Mangels habe ich zur Darstellung der Geschichte auf die Zeit vor der Eroberung, die Zeit während der Kolonialherrschaft und auf die Zeit seit der Unabhängigkeit Bezug genommen. Was deutlich wurde, ist die Kontinuität des vorhandenen Wissens über die Verwendung von Heilpflanzen der Maya und Azteken, welches heute als kulturelles Erbe aus der Zeit vor der Eroberung angesehen wird. Dieses Wissen wurde bereits im 16. Jhdt. von den spanischen Ärzten in Mexiko übernommen und in die mitgebrachte europäische Universitätsmedizin integriert, womit sich deren Ausübung bald von derjenigen in Spanien differenzierte. Im Laufe der Geschichte bildeten sich drei Kategorien der Medizinen heraus: Medizinen der indigenen Bevölkerungsgruppen, die Medizin der Mestizen, welche einen Synkretismus zwischen indigenen medizinischen Praktiken mit spanischem Volkswissen, mit katholischen Heiligen, mittelalterlicher Wahrsagerei und Astrologie forcierten, woraus die mexikanische Volksmedizin entstand und drittens jene Medizin, welche an spanischen Universitäten gelehrt und nach Mexiko gebracht wurde. Die Zeit seit der Unabhängigkeit war zunächst von einer industriellen Entwicklung geprägt und brachte die Trennung von Staat und der katholischen Kirche mit sich. Diese beiden Fakten führten zur Entstehung einer neuen Mittelklasse in der Gesellschaft, indem das Eigentum und die Ländereien der Kirche an diese Mittelklasse verteilt wurden. Die Universitätsmedizin lehnte sich

nach dem zweiten Weltkrieg immer mehr an die nordamerikanische „Apparatemedizin“ an, womit der Mensch in seiner Gesamtheit immer mehr in den Hintergrund rückte und objektive Messungen sowie die Behandlungen ausschließlich von Symptomen an Bedeutung gewannen. Nach der Erlangung der Unabhängigkeit verbreiteten sich in Mexiko auch protestantische, spirituelle und anti-katholische Bewegungen. Das 20. Jhdt. war von zahlreichen ökonomischen Krisen geprägt, weshalb die Regierung bald erkennen musste, dass wegen der enormen Kostensteigerungen in der Gesundheitsversorgung das herrschende biomedizinische Modell eigentlich nicht mehr anwendbar war. In Mexiko gab es zunächst keine staatliche Unterstützung für eine nationale Pharmaindustrie; diese wurde ab Mitte des 20. Jhdts. vorangetrieben, um der Öffentlichkeit leistbare Medikamente in Form von Generika zur Verfügung stellen zu können. Wie wir z.B. am Beispiel des pharmazeutischen Marktes gesehen haben, unterliegt Mexiko auch im medizinischen Bereich dem Druck des Welthandels. Die Entwicklung einer nationalen Pharmaindustrie wurde von internationalen Pharmakonzernen, die bis dahin das Monopol auf pharmazeutische Versorgung innehatten, nicht gut geheißen. Es sind nicht nur staatliche Einrichtungen, welche die Menschen mit biomedizinischen Leistungen und Medikamenten versorgen, sondern auch private Apotheken, NGOs und Kirchen. Medikamente sind in Mexiko nicht rezeptpflichtig und werden in den Medien beworben, was eine weit verbreitete Selbstversorgung mit Pharmazeutika nach sich zieht. Die Biomedizin beansprucht zwar auch in Mexiko den größten Raum in der Gesundheitsversorgung, wird aber von den Menschen nicht kritiklos hingenommen und auch nicht bei jedem Missbefinden beansprucht.

Wie wir gesehen haben, mangelt es sowohl im öffentlichen wie auch am privaten Sektor häufig an technischer Ausstattung, an der Motivation vieler Ärzte den Menschen helfen zu wollen und an entsprechenden Medikamenten. Diese Gründe tragen dazu bei, dass auch andere Medizinen nicht an Wichtigkeit verlieren. Den größten Konkurrenten der Biomedizin stellt die Homöopathie dar, welche seit Mitte des 19. Jhdts. auch in Mexiko Verbreitung fand. Diese wird von den Anbietern oft als eine Weiterentwicklung der traditionellen und religiösen

Heilungsformen angesehen, indem sie sowohl traditionelle als auch biomedizinische Elemente vereint. Für die Verwender dieser Medizin spielen ideologische und wissenschaftliche Diskussionen eine untergeordnete Rolle. Die Beachtung der individuellen Lebensgeschichten und die Assoziation der Homöopathie mit natürlichen Arzneien tragen zur verstärkten Verwendung dieser Medizin bei. Neben der Homöopathie sind es zahlreiche traditionelle medizinische Anbieter, spirituelle Heiler und die Verwendung der „medicina popular“, welche verschiedene medizinische Praktiken kombiniert. Märkte stellen eine wichtige Instanz dar, um sich mit medizinischen Waren - sei es mit pflanzlichen, tierischen oder mineralischen Substanzen oder mit magischen und rituellen Gegenständen - zu versorgen. Weiters ist v.a. in den Großstädten das medizinische Angebot sehr weitreichend und vielseitig; es kann die gesamte Bandbreite an Medizinen umfassen.

Medizinpluralismus ist, wie im Laufe meiner Arbeit erkennbar wurde, sowohl eine individuelle wie auch strukturelle Angelegenheit und stellt ein dynamisches Phänomen dar. Um den Umgang mit einem pluralistischen Gesundheitssystem und dessen Veränderungen im Laufe der Zeit untersuchen zu können, spricht sich Janzen dafür aus, die mikroanalytische Ebene mit der makroanalytischen zu verbinden.

### **Die Mikroanalytische Ebene**

Die mikroanalytische Ebene hat grundlegende Elemente - wie die Wahrnehmung von Krankheit mit entsprechenden Diagnosekategorien und die Beschreibung verschiedener Medizinen in Bezug auf spezifische Gemeinschaften, in bestimmten klinischen Settings oder innerhalb eines gewissen geschichtlichen Rahmens - im Fokus. Auf dieser Ebene wird auch das erkrankte Individuum mit seinem medizinischem Wissen und diesbezüglichem Krankheitsverhalten, was auch den Prozess der Entscheidungsfindung über die zu verwendende Medizin beeinflusst, angesprochen. Individuelles Krankheitsverhalten wird einerseits durch das Angebot verschiedener Heiltraditionen ermöglicht, andererseits sind es individuelle Handlungen, welche die Nachfrage und Veränderungen mit sich bringen. Auf der anderen Seite können es z.B. auch politische, religiöse oder



ökonomische Gegebenheiten sein, die Menschen dazu zwingen ihr Krankheitsverhalten zu verändern. Von Bedeutung sind hier auch die Beziehungen, die der Erkrankte mit diversen Akteuren eingeht. Zunächst stellt sich allerdings die Frage, welche Aspekte den Prozess der Entscheidungsfindung beeinflussen.

#### Der Prozess der Entscheidungsfindung, welche Medizin Verwendung finden soll

Die individuelle Entscheidungsfindung darüber, welche Medizin Verwendung finden soll, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Es sind grundlegende Faktoren wie finanzielle und regionale Erreichbarkeit medizinischer Ressourcen, das individuelle medizinische Wissen, die Wahrnehmung des Körpers wie auch der Wunsch nach Beteiligung am Heilungsprozess, die Meinungen der „therapy managing group“ und die Sozialisation des Erkrankten, welche die Entscheidungsfindung darüber, welche Medizin Verwendung finden soll, beeinflussen. Weiters sind es die erlebten Erfahrungen des Erkrankten mit bestimmten Medizinen, die den Menschen dazu bringen auch weiterhin eine bestimmte oder eine andere Medizin zu beanspruchen. Muster der Entscheidungsfindung sind nicht statisch, sondern verändern sich sobald der Konsument von der Fähigkeit eines medizinischen Anbieters überzeugt ist. So können sich - wie z.B. bei meiner Interviewpartnerin Martha - medizinische Vorstellungen und Handhabungen im Laufe der Zeit ändern, wenn andere Überzeugungen und Erfahrungen an Bedeutung gewinnen. In Marthas Fall geschah das aufgrund eines Besuches in einem botanischen Garten, wo sie zu der Überzeugung gelangte, dass viele Pharmaprodukte natürliche Substanzen als Grundlage haben, was den Vorsatz mit sich brachte, in Zukunft vermehrt auf natürliche Produkte zurückgreifen zu wollen.

Auch in Mexiko ist die Biomedizin die dominierende Medizin, welche durch staatliche Reglementierungen ihre Legitimität erhält. Menschen wissen über die Vorteile und Effektivität der Biomedizin Bescheid, sind aber nicht bereit, sich bei jedem Missbefinden dem Risiko der Biomedizin auszusetzen. Es wird akzeptiert, dass die Biomedizin in vielen Belangen Erfolge erzielt, auf der anderen Seite

beeinflusst aber auch ihre Unwirksamkeit bei bestimmten Missbefinden, die Angst vor falscher Behandlung und vor Nebenwirkungen sowie die Ablehnung chemischer Arzneien und des damit verbundenen Wirtschaftszweiges, dem Profit wichtiger ist als das Wohlbefinden der Menschen, die Bereitschaft zur Ablehnung. Diese Gründe beeinflussen den Entscheidungsfindungsprozess und bewegen Menschen dazu, auch andere Arten der Medizin zu beanspruchen.

Das individuelle Krankheitsverhalten wird durch das Angebot verschiedener Medizinen geprägt, es ist aber auch die spezifische Nachfrage, welche das pluralistische, medizinische Angebot konstituiert. Die Heilerin Hilda zeigt, dass Medizinpluralismus auf individueller Ebene nicht nur auf Seiten der Patienten gelebt wird, sondern auch für die medizinischen Anbieter Bedeutung hat. So kann es sein, dass Menschen, welche nach einer bestimmten medizinischen Tradition tätig sind, bei eigenem Missbefinden auch andere Medizinarten beanspruchen. Im Fall Hildas verwendet sie für die Gesundheitserhaltung sowohl pflanzliche Arzneien und magische Gegenstände, die sie selbst vertreibt, bei Krankheit allerdings sucht sie gerne Biomediziner und spirituelle Heiler auf.

Im Laufe meiner Literaturrecherchen kamen unterschiedliche Zugänge und Theorien zum Vorschein, wie der Prozess der Entscheidungsfindung untersucht wurde. Manchmal wird von einer Hierarchie in der Verwendung medizinischer Ressourcen gesprochen, ein anderes Mal über die Ursache der Krankheit als ausschlaggebend für die Verwendung einer bestimmten Medizin, aber auch vorangegangene Erfahrungen und ein pragmatischer Umgang mit Missbefinden beeinflussen den Entscheidungsprozess. Die Erfahrungen während meiner Feldforschung zeigen, dass es vor allem auch auf die Sozialisation der Menschen ankommt, welche Medizin beansprucht werden soll. Auf diese Zugänge gehe ich jetzt genauer ein.

#### Die Hierarchie der Ressorts

Häufig wird in der von mir gesichteten Literatur von einer Hierarchie der Ressorts berichtet. In Bezug auf Mexiko spricht auch Finkler diese Hierarchie der Ressorts

an. Die Menschen in ihrer Untersuchung suchen zunächst allgemeine und spezialisierte Biomediziner auf. Sind finanzielle Ressourcen vorhanden, so werden in erster Linie private biomedizinische Anbieter beansprucht. Der Aufenthalt in einem Krankenhaus ist bei den Menschen in Finklers Untersuchung der letzte Schritt in der Hierarchie der biomedizinischen Ressorts. Erst wenn hier die Behandlung erfolglos bleibt, werden andere, alternative Angebote zur Biomedizin in Anspruch genommen (vgl. Finkler 2001: 58). Hartmann betont, dass es nahe liegt „davon auszugehen, dass sich die indigene Bevölkerungsgruppen, soweit sie sich auf ihr kulturelles Erbe berufen und dieses mit einem gewissen Stolz vertreten, in erster Linie auf traditionelle Weise medizinisch behandeln zu lassen“ (Hartmann 1997: 74). In Bezug auf indigene Bevölkerungsgruppen betont sie neben der Verwendung von traditionellen Medizinen auch die Inanspruchnahme der Biomedizin und den zunehmenden Konsum an pharmazeutischen Produkten anstatt oder zusätzlich zu natürlichen Heilmitteln. Weiters schreibt sie, dass Menschen aller Bevölkerungsgruppen und Einkommensschichten regelmäßig oder bei bestimmten Krankheiten auf die Fähigkeiten indigener Heilkundige zurückgreifen (vgl. Hartmann 1997: 74). Während meiner Feldforschung kam dieser Aspekt bei Hilda zu tragen. Obwohl Hilda selbst in ihrer Tätigkeit als medizinische Anbieterin Elemente aus der traditionellen Medizin im Angebot hat, verwendet sie gerne aufgrund der schnelleren Wirksamkeit Mittel aus dem biomedizinischen Angebot oder sucht spirituelle Heiler auf. Es scheint, als gebe es auch bei meinen Interviewpersonen eine Hierarchie der Ressorts. Die Hierarchie beginnt damit, sich zunächst selbst mittels der Einnahme von Hausmitteln und Heilpflanzen zu behandeln. Dieses fällt in den Bereich der „*medicina popular*“. Schwindet das Missbefinden nicht, besteht der nächste Schritt darin, einen Biomediziner aufzusuchen. Einige meiner Kontaktpersonen in Mexiko City suchen häufig in erster Linie auch einen Biomediziner, der eine homöopathische Behandlung anbietet, auf. Da es in der Umgebung von Tlacotepec keinen homöopathischen Anbieter gibt, hat hier diese Medizin in der Hierarchie der Ressorts wenig Bedeutung. Diese Hierarchie kann sich auch ausdrücken, indem Menschen, sowohl in Mexiko City, wie auch in Tlacotepec, bevorzugt versuchen einen privaten Biomediziner ihres Vertrauens

aufzusuchen. Dazu müssen aber finanzielle Möglichkeiten vorhanden sein. Ist das nicht der Fall, bleibt nichts anderes über als im öffentlichen Bereich biomedizinische Versorgung aufzusuchen. Sind keine finanziellen Mittel vorhanden, so bleiben Menschen wie im Fall Fidels oder Ofelias ohne weitere Intervention krank. Aufgrund des vorwiegenden naturwissenschaftlichen Verständnisses der meisten meiner Interviewpersonen konnte ich nur wenige Daten über den Gebrauch von anderen Arten der Medizin als die Verwendung der Biomedizin und der Homöopathie sammeln. Trotz des vordergründigen Anscheins in erster Linie biomedizinisches Angebot zu verwenden, wurde dennoch des Öfteren erwähnt, dass Menschen sehr wohl auch andere Medizinen verwenden. Sowohl Aida wie auch Marthas Familie vertrauen unterschiedlichen Hierarchien der Ressorts. Marthas Vater beansprucht in erster Linie biomedizinische Versorgung, Marthas Mutter auf der anderen Seite greift zuerst auf „Curanderozeug“, wie Martha es nennt, zurück und würde nur in äußersten Notfällen einen biomedizinischen Spezialisten aufsuchen. Aida ist davon überzeugt nur dann gesund zu bleiben, wenn sie mit den richtigen Mineralien und Vitaminen versorgt ist. Um dieses zu gewährleisten, sucht sie entsprechende Spezialisten diesbezüglich auf.

#### Die Arte der Krankheitsursache als ausschlaggebend für die Verwendung

Mit den 1980ern rückte die Vorstellung einer Rangfolge in der Verwendung von verschiedenen Medizinen eher in den Hintergrund. Vielmehr erwähnen Forscher die Art und die Ursache einer Erkrankung als Beweggrund eine bestimmte Medizin zu verwenden (vgl. Worsley 1982: 333). Dieser Aspekt kam auch während meiner Feldforschung zu Tage. Dr. Tovar, die Homöopathin, unterscheidet zwischen Krankheiten aller Art, die sie behandeln kann und Liebeskrankheiten, für die sie keine Behandlungsmethode zur Verfügung stellen kann. Hilda, die Marktverkäuferin behandelt vorwiegend seelisches Missbefinden wie Traurigkeit oder Depression und weniger physische Angelegenheiten. Auch Dr. Azamar, der Biomediziner in Tlacotepec, spricht sich dafür aus, dass die jeweilige Krankheit bestimmt, welche Art Heiler aufgesucht wird. Dr. Eugenia auf der anderen Seite behauptet, dass Menschen zur Heilung biomedizinische

Spezialisten aufsuchen, soll einem Menschen Schaden zugefügt werden, werden andere Spezialisten - wie Curanderos - aufgesucht.

### Pragmatismus

Jede Medizin ist in der Behandlung von Krankheiten in einem gewissen Maße eingeschränkt und kann bestimmte Beschwerden nicht effektiv behandeln, weshalb Menschen sich dazu entscheiden, auch andere therapeutische Maßnahmen zu beanspruchen. Das deutet auf eine pragmatische Vorgehensweise bei der Suche nach einer entsprechenden Behandlung hin. Worsley und Janzen betonen, dass ideologische Interessen und wissenschaftliche Diskussionen bei der Suche nach Linderung einer Krankheit eine eher untergeordnete Rolle spielen. In erster Linie handeln erkrankte Menschen pragmatisch und flexibel, um mit ihrer Krankheit entsprechend umgehen zu können (vgl. Worsley 1982: 333, Janzen 1978: 121ff). Dem Patienten ist wichtig, sich von seinen Beschwerden zu befreien, wobei darauf geachtet wird, welche Medizin eine bestimmte Krankheitsperiode am besten ansprechen kann, ohne dabei bewusst ideologische Interessen zu verfolgen. Obwohl die meisten meiner Interviewpersonen den Bereich der Biomedizin kritisieren, wird sie dennoch aufgrund ihrer schnellen Wirksamkeit bevorzugt.

### Sozialisation

Leslie betonte, dass die verschiedenen koexistierenden Medizinen unterschiedliche Spezialisierungen vorweisen, verschiedene soziale Schichten ansprechen und ideologische Interessen vertreten (vgl. Leslie 1976: 10f). Auch die Erfahrungen während meiner Feldforschung zeigen, dass es vor allem auf die Sozialisation der Menschen ankommt, welche Medizin bei Missbefinden beansprucht wird. Dieser Aspekt wurde im Gespräch mit Martha über ihre Familie sehr gut deutlich. Marthas Mutter ist in einer ländlichen Gegend mit einer eher traditionellen Sozialisation aufgewachsen. Dieses bringt die Entscheidung mit sich, eher traditionelle medizinische Anbieter aufzusuchen. Marthas Vater auf der anderen Seite ist in Mexiko City aufgewachsen. Seine Familie hat ihm ein naturwissenschaftliches Verständnis in Bezug auf Krankheit mitgegeben, was sich

darin auswirkt, biomedizinische Spezialisten zu bevorzugen. Auch Dr. Tovar und Aida erwähnten den Aspekt der Sozialisation als vorwiegend ausschlaggebend für die Entscheidungsfindung über die zu verwendende Art der Medizin.

Um sich fortschrittlich darzustellen und von mir nicht als rückständig in Bezug auf die Verwendung von bestimmten Medikamenten betrachtet zu werden, betonten auch Personen, von denen anzunehmen ist, dass sie sehr wohl auch andere Arten der Medizin als die Biomedizin verwenden, ihr naturwissenschaftliches Verständnis. Dieses spiegelt wiederum einen ideologischen Zugang zur Gesundheitsversorgung wieder.

### Beziehungen

Der Prozess der Entscheidungsfindung und die Genesung werden auch von der Beziehung des Erkrankten zum medizinischen Anbieter beeinflusst. „Eine erfolgreiche Heilbehandlung ist oft eine Frage des Vertrauens. Wichtig für die Genesung ist in jedem Fall, dass die Diagnose und die Behandlung der Krankheit unter Berücksichtigung des kulturellen Umfelds der erkrankten Person erfolgen, nicht nach ideologischen oder ökonomischen Gesichtspunkten. (Hartmann 1997: 83). Je mehr ein Patient dem Heiler Vertrauen schenken kann, um so eher fühlt sich der Erkrankte verstanden und richtig behandelt. Vor allem dann, wenn sie sich ein Weltbild teilen, kann in entsprechender Weise kommuniziert werden. Aus diesem Grund werden z.B. homöopathische Anbieter gerne von Teilen der Bevölkerung aufgesucht. Die Anbieter besitzen häufig denselben kulturellen Hintergrund und können dadurch förderlicher über die Krankheit kommunizieren. Die homöopathischen Anbieter sehen ihre Medizin oft als eine Weiterentwicklung der traditionellen und religiösen Heilungsformen an, indem sie sowohl traditionelle, wie auch biomedizinische Elemente vereint. Die Beachtung der individuellen Lebensgeschichte und die Assoziation der Homöopathie mit natürlichen Arzneien tragen zur verstärkten Verwendung dieser Medizin bei. Das gelehrte biomedizinische Wissen der Ärzte und der kulturelle Hintergrund beeinflussen die Beziehung zwischen Patienten und Ärzten. Je eher der Biomediziner mit dem mexikanischen Kontext bezüglich Krankheit vertraut ist

und darauf eingeht, umso besser kann sich die Beziehung zum Patienten gestalten (vgl. Finkler 2001: 238). Wie wir gesehen haben, spricht auch Dr. Tovar diesen Gesichtspunkt an.

Auch in Tlacotepec wurde die Bedeutung der Beziehungen zu den medizinischen Anbietern sichtbar. Einerseits hat Don Primo die Hoffnung, dass jene jungen Menschen aus Tlacotepec die in den Städten Medizin studieren, nach ihrem Studium in das Dorf zurückkehren. Die Bevölkerung würde ihnen mehr Vertrauen schenken, was eine bessere biomedizinische Versorgung gewährleisten würde. Andererseits zeigte sich dieser Aspekt darin, dass die Menschen in Tlacotepec bevorzugt die private Ärztin Eugenia aufsuchen. Da sie seit vielen Jahren in Tlacotepec ihre Leistungen anbietet und die Probleme der Menschen kennt, wird ihr von der Bevölkerung besonderes Vertrauen entgegen gebracht.

Ob sich ein Mensch bei einem alternativen Mediziner oder bei einem Biomediziner behandeln lassen soll, sollte ihm selbst überlassen werden. Da allerdings nicht nur individuelle Aspekte den medizinischen Pluralismus ansprechen, sollen nun auch einige Faktoren auf der strukturellen bzw. makroanalytischen Ebene Erwähnung finden.

### **Strukturelle Ebene**

Die makroanalytische Ebene beachtet strukturelle Gegebenheiten und deren Veränderungen im Laufe der Zeit. Dabei wird der Ressourcenverteilung und den Machtausübungen von Politik, Ökonomie und andere Autoritäten Beachtung geschenkt und ebenfalls dem Umstand, wie diese individuelles Krankheitsverhalten beeinflussen (vgl. Janzen 1978: 121).

### Staatliche Reglementierungen

Wie wir gesehen haben wirken sich auch strukturelle Aspekte wie staatliche Reglementierungen auf die Art der Erscheinung des Medizinpluralismus aus, wobei es verschiedene Modelle gibt, wie der Medizinpluralismus innerhalb einer Nation geregelt werden kann. Diese reichen von einem totalen Monopol einer

Medizin in der Gesundheitsversorgung über tolerante Systeme, die diverse Medizinarten zulassen, bis hin zu integrierten Systemen, wo ein medizinischer Synkretismus gegenwärtig ist.

In Mexiko fehlt den Anbietern alternativer und traditioneller Medizinen eine rechtliche Grundlage. Das bringt auf der einen Seite mit sich, dass von Seiten des Staates keine finanzielle Unterstützung angeboten wird und damit ihre Existenz nicht gesichert ist. Auf der anderen Seite spiegelt sich der Mangel an staatlicher Unterstützung und Kontrolle darin wieder, dass Menschen häufig illegal und ohne entsprechende Ausbildung medizinische Leistungen anbieten. Damit sind die Patienten einem hohen Risiko ausgesetzt und bringt sie dazu, von „echten“ und „unechten“ Ärzten zu sprechen. Dass es an rechtlicher Anerkennung mangelt, spiegelt sich auch darin wieder, dass es keine offiziellen Kategorien für jeweilige Berufsbezeichnungen gibt. Dieser Aspekt der mangelnden Definitionen für Berufsbezeichnungen kam bei Hilda zu tragen. Sie kennt für ihren Beruf keine Bezeichnung.

#### Beziehung der medizinischen Anbieter

Das Thema Medizinpluralismus spricht ebenso auf einer strukturellen Ebene die Beziehungen der medizinischen Anbieter zueinander an. Auch in Mexiko sind die Beziehungen der medizinischen Anbieter, sowohl innerhalb einer medizinischen Tradition wie auch zwischen den diversen Medizinen, von einem Wettbewerb geprägt. Dieser Wettbewerb ist einerseits von einem Kampf um Kunden gekennzeichnet, und andererseits liegt hier die Notwendigkeit darin, von der Öffentlichkeit überhaupt als medizinischer Professionist wahrgenommen zu werden, um die Existenz zu sichern.

Wie wir am Beispiel Hildas gesehen haben, verwenden Heiler nicht immer nur ausschließlich ihre eigene Medizin, sondern sind auch bereit, wenn es eine bestimmte Krankheit verlangt, Anbieter anderer Medizinen aufzusuchen. Auch die Tatsache, dass Medizinen nicht nur Unterschiede, sondern auch zahlreiche Gemeinsamkeiten aufweisen, lässt den Konkurrenzkampf verblassen und eröffnet



die Chance eine Zusammenarbeit der Medizinen zu forcieren, um den Menschen wieder in seiner Ganzheit behandeln zu können.

Wie Kleinman zeigt und auch Janzen betont, ist jede medizinische Praktik in einem der drei von Kleinman angesprochenen Sektoren lokalisierbar, wobei aufgezeigt wird, welche Medizin in einer Gesellschaft dominiert oder marginalisiert wird (vgl. Janzen 2002: 217). Damit wird die innere Struktur von Gesundheitssystemen analysiert und damit auch die Beziehung der Akteure zueinander angesprochen (vgl. Kleinman 1978: 90). Indem sich Menschen zwischen diesen Sektoren bewegen, interagieren diese sozialen Bereiche miteinander und stehen deshalb miteinander in Beziehung (vgl. Kleinman 1980: 60). Dieses Modell lässt sich ebenso auf Mexiko umlegen. Auch hier findet der größte Teil der Interventionen in Bezug auf Krankheit im „popular sector“ statt. Der professionelle Sektor beinhaltet hier biomedizinische und homöopathische Anbieter, welchen nachgesagt wird, professionell, sehr organisiert und hierarchisch gegliedert zu sein. Diese Medizinen erhalten staatliche Unterstützung. Kleinmans „folk sector“ enthält hingegen nicht bürokratisch organisierte medizinische Spezialisten und überschneidet sich mit den anderen beiden Sektoren. Hier findet man wenig Institutionalisierung, dennoch ist spezialisiertes Wissen vorhanden, welches gelehrt und weitergegeben wird. Als Beispiel sind hier die spirituellen Heiler Mexikos zu nennen, welche zwar eine hierarchische Organisation, mit einem Haupttempel in Mexiko City und diesem untergeordnete „Außenstellen“ in den ländlichen Regionen vorzuweisen haben. Alle anderen Arten der Medizinen, welche im Laufe dieser Arbeit zur Sprache kamen, sind ebenfalls dem „folk sector“ zuzuweisen. Meiner Einsicht nach sind diese Medizinen nicht bürokratisch organisiert und können keine staatliche Unterstützung genießen. Auch Finkler spricht das „Drei-Sektoren-Modell“ in Bezug auf die Gesundheitsversorgung in Mexiko an und erkennt dabei die Biomedizin wie auch die Homöopathie als dem „professional sector“ zugewiesen und spirituelle Heiler dem „folk sector“ (vgl. Finkler 2001: 51).

Wie am Beispiel Mexikos zu sehen war, wird eine Medizin, die in einem bestimmten kulturellen Kontext entstanden ist, verändert, sobald sie in einem anderen Kontext ausgeführt wird. In Mexiko werden die Biomedizin und die Homöopathie zwar ähnlich, aber doch anders als im Ursprungsbereich ausgeführt und an die jeweiligen kulturellen Gegebenheiten soweit möglich angepasst. Finkler spricht hier z.B. von der Mexikanisierung der Biomedizin und Napolitano von einer allopathischen Art und Weise, wie die Homöopathie ausgeführt wird.

Meine Erfahrungen mit den beiden Hilfsorganisationen und die vordergründige Abneigung der Bevölkerung gegen alternative Heilformen bringen die Thematik der Auswirkungen von NGO's auf die kulturelle Identität der Bevölkerung zu Tage. Weitere Forschungsfragen, die das Thema Medizinpluralismus in Mexiko betreffen, könnten v.a. den Zusammenhang zwischen medizinischer Versorgung und Religion, Politik, Ökonomie und Ökologie behandeln. Die Ausarbeitung dieser Aspekte hätte den Umfang dieser Diplomarbeit gesprengt.

In dieser Arbeit habe ich aufgezeigt, dass in Mexiko verschiedene Arten von Medizinen beansprucht werden. Die Entscheidung über die Frage, welche Art von Medizin Verwendung findet, hängt oft von arbeitsrechtlichen Voraussetzungen und den finanziellen Möglichkeiten der Menschen ab, weiters davon, inwieweit diverse Ressourcen überhaupt verfügbar sind, und oft bestimmt auch das Leiden, welche medizinische Einrichtung aufgesucht wird. Es ist zu beachten, dass die verschiedenen Medizinsysteme nebeneinander existieren, sich gegenseitig nicht ausschließen und Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten zwischen ihnen bestehen. Menschen suchen gerne zuerst einen Biomediziner auf und begeben sich dann, um sich z.B. eine Diagnose bestätigen zu lassen, zu einem Heiler oder auch umgekehrt. Die Medizin in Mexiko hat sich im Laufe der Geschichte sehr gewandelt und entsprechend der Vielzahl an Kulturen, die hier zusammentreffen, findet man unterschiedliche Medizinen. Aufgrund dieser kulturellen Vielfalt ist es schwierig, verallgemeinernde Aussagen v.a. zum Bereich der traditionellen Medizin zu treffen. Ich hoffe dennoch, dem Leser mit meiner Arbeit einen

Überblick über die Möglichkeiten zur Gesundheitsversorgung in Mexiko aufgezeigt zu haben.

Die Wahrnehmung des Medizinpluralismus ist sehr subjektiv und hat je nach dem Auge des Betrachters unterschiedliche Bedeutungen und Hintergründe. Wo einerseits die Unzufriedenheit mit der Biomedizin für die Verwendung einer bestimmten Medizin ausschlaggebend ist, spielen andernorts die finanziellen Mittel sowie die Verfügbarkeit einer bestimmten Medizin eine gewichtige Rolle. Selbst innerhalb einer lokalen Gruppe gibt es unterschiedliche Motivationen, eine bestimmte Medizin zu verwenden. Im Laufe der Zeit haben sich unterschiedliche Konzepte und Modelle für die Untersuchung des Medizinpluralismus entwickelt. Diese dienen als Handwerkzeug, um die Subjekte untersuchen zu können; eine allgemeine Natur des menschlichen Verhaltens bezüglich der Verwendung von diversen Medizinsystemen erkennen zu können, ist jedoch unmöglich.

## 6. Literaturverzeichnis

### **Ackerknecht, Erwin H./ Walser, Hans H. (Hg)**

1971 Medicine and Ethnology. Huber Verlag, Bern

### **Baer, Hans A.**

2004 Medical Pluralism. In: Ember, Carol R./ Ember, Melvin (Hg.),  
Encyclopedia of medical anthropology - health and illness in the world's  
cultures. Springer Science+Business Media, New York, S 109 - 116

### **Beer, Bettina (Hg.)**

2003 Methoden und Techniken der Feldforschung. Dietrich Reimer Verlag,  
Berlin

### **Berlin, Eloise Ann/ Berlin, Brent/Stepp John R.**

2004 Maya of Highland Mexico. In: Ember, Carol R./ Ember, Melvin (Hg.),  
Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's  
cultures. Springer Science+Business Media, New York, S. 838 – 849

### **Brown, Peter J. (Hg.)**

1998 Understanding and Applying Medical Anthropology. Mayfield Publishing  
Company, Mountain View, California, London, Toronto

### **Buxbaum, Birgit**

2005 Die Verwendung der Klapperschlange in der traditionellen mexikanischen  
Medizin. Dissertation, Universität Wien

### **Cant, Sarah/ Sharma, Ursula**

1999 A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the  
state. UCL Press, UK

**Csordas, Thomas J./ Kleinman, Arthur**

1996 The Therapeutic Process. In: Sargent, Carolyn F./ Johnson, Thomas M. (Hg.), Handbook of Medical Anthropology – Contemporary Theory and Method. Greenwood Press, Westport, Connecticut, London, S. 3 - 20

**Ecks, Stefan**

2007 In: Hayden, Cori, A Generic Solution? Pharmaceuticals and the Politics of the Similar in Mexico, Comments. In: Current Anthropology, Vol. 48, Nr. 4, The University of Chicago Press, S. 490 - 491

**Eliade, Mircea**

1974 Schamanismus und archaische Ekstasetechnik. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

**Elling, Ray H.**

1978 Medical Systems as changing social systems. In: Social Science and Medicine, Vol. 12, S. 107 – 115, 1978

**Ember, Carol R. / Ember, Melvin (Hg.)**

2004 Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures. Springer Science+Business Media, New York

**Finkler, Kaja**

1985 Spiritualist Healers in Mexico. Bergin / Garvey Publishers Inc., Massachusetts

1998 Sacred Healing and Biomedicine Compared. In: Brown, Peter J. (Hg.), Understanding and Applying Medical Anthropology. Mayfield Publishing Company, Mountain View, California, London, Toronto, S. 118-128

2001 Patients in Pain, Physicians at Work – biomedical practice and patient response in Mexico. Caroline Academic Press, Durham

**Flick, Uwe/ Kardorff von, Ernst/ Keupp, Heiner/ Rosenstiel von, Lutz/ Wolff, Stephan (Hg.)**

1991 Handbuch Qualitative Sozialforschung – Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Psychologie Verlags Union, München

**Flick, Uwe**

1991 Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, Uwe/ Kardorff von, Ernst/ Keupp, Heiner/ Rosenstiel von, Lutz/ Wolff, Stephan (Hg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung – Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Psychologie Verlags Union, München, S. 148 - 173

2005 Qualitative Sozialforschung - Eine Einführung. 3. Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

**Foster, Georg M.**

1998 Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems. In: Brown/ Peter J. (Hg.), Understanding and Applying Medical Anthropology. Mayfield Publishing Company, Mountain View, California, London, Toronto, S. 110 – 117

**Foster, George M./ Anderson, Barbara Gallatin**

1978 Medical Anthropology, John Wiley & Sons Inc., USA

**Girtler, Roland**

2001 Methoden der Feldforschung. 4. Auflage, Böhlau Verlag, Wien, Köln Weimar

**Good, Byron J.**

2003 Medicine, rationality, and experience – An anthropological perspective. 6. Auflage, Cambridge University Press, UK

**Greifeld, Katarina (Hg.)**

2003 Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie. 3. grundl. überarb. und erweiterte Auflage, Dietrich Reimer Verlag, Berlin

**Großes Wörterbuch**

1992 Fremdwörter. Buch und Zeit Verlagsgesellschaft mbH, Köln

**Haack TaschenAtlas**

2002 Taschenatlas Erde. 1. Aufl., Justus Perthes Verlag Gotha GmbH, Gotha

**Hahn, Robert A./ Kleinman, Arthur**

1983 Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. In: Annual Review of Anthropology, Nr. 12, S. 305-333

**Han, Gil-Soo**

2002 The Myth of Medical Pluralism: A Critical Realist Perspective. In: Sociological Research Online, Vol. 6, Nr. 4  
<http://www.socresonline.org.uk/6/4/han.html>, Zugriff 05.09.2006

**Hartmann Margarete**

1997 Gegenwart und Zukunft der traditionellen Medizin in Mexiko vorgestellt am Beispiel des Bundesstaates Oaxaca. In: Ambatielos, Dimitrios/ Neuland-Kitzerow, Dagmar/ Noack, Karoline (Hg.), Medizin im kulturellen Vergleich. Waxmann Verlag, Münster, S. 69 - 83

**Hayden Cori**

2007 A Generic Solution? Pharmaceuticals and the Politics of the Similar in Mexico. In: Current Anthropology, Vol. 48, Nr. 4, The University of Chicago Press, S. 475 - 489

**Hirschberg, Walter**

- 1999 Wörterbuch der Völkerkunde. Begründet von Hirschberg, Walter, Beirat: Christian Feest, Hans Fischer, Thonas Schweizer. Redaktion: Wolfgang Müller, Reimer Verlag, Berlin

**Hopf, Christel**

- 1991 Qualitative Interviews in der Sozialforschung – Ein Überblick. In: Flick, Uwe/ Kardorff von, Ernst/ Keupp, Heiner/ Rosenstiel von, Lutz/ Wolff, Stephan (Hg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung – Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Psychologie Verlags Union, München, S. 177 - 182

**Janzen, John M.**

- 1978 The comparative study of medical systems as changing social systems. In: Leslie, Charles (Hg.), Theoretical Foundations for the Comparative Study of Medical Systems. Social Science and Medicine, Vol. 12, Pergamon Press, Great Britain, S. 121 - 129
- 2002 The Social Fabric of Health – An Introduction to Medical Anthropology. The McGraw-Hill Companies Inc., New York

**Joralemon, Donald**

- 1999 Exploring Medical Anthropology. Allyn and Bacon, USA

**Kazianka, Barbara**

- 2007 Medizinpluralismus der Itzá Maya in Guatemala – „KnocheinrenkerInnen“ und Schulmedizin. In: Die Maske – Zeitschrift für Kultur- und Sozialanthropologie, Babinetz, Christine/ Deseke, Norma/ Hofmair, Sonja/ Rocha Torrez, Eveline (Hg.), Nr. 1, S. 31 - 33

**Kleinman, Arthur**

- 1978 Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as cultural Systems. In: Social Science and Medicine, Vol. 12, S. 85 - 93



1980 Patient and Healers in the Context of Culture - An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry, University of California Press, Berkely

**Krickeberg, Walter/ Trimborn, Hermann/ Müller, Werner/ Zerries, Otto (Hg.)**

1961 Die Religionen des alten Amerika. Aus der Reihe: Die Religionen der Menschheit. Band 7: Matthias Schröder, Christel (Hg.), Kohlhammer Verlag, Stuttgart

**Last, Murray**

1996 The Professionalization of Indigenous Healers. In: Sargent, Carolyn F./ Johnson, Thomas M. (Hg.), Handbook of Medical Anthropology – Contemporary Theory and Method. Greenwood Press, Westport, Connecticut, London, S. 374 - 395

**Leslie, Charles M. (Hg.)**

1976 Asian Medical Systems – a comparative study. University of California Press, Berkeley

1978 Theoretical Foundations for the Comparative Study of Medical Systems. In: Social Science and Medicine, Vol. 12, S. 65 – 67, Pergamon Press

1980 Medical Pluralism in World Perspective. In: Social Science and Medicine, Vol. 14B, Pergamon Press, S. 191-195

1992 Interpretations of Illness: Syncretism in Modern Ayurveda. In: Leslie, Charles/ Young, Allen (Hg.), Paths to Asian Medical Knowledge. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, Oxford, S. 177 - 208

**Leslie, Charles/ Young, Allan (Hg.)**

1992 Paths to Asian Medical Knowledge. University of California Press,  
Berkeley, Los Angeles, London

**Lux, Thomas**

2004 Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und  
Medical Anthropology. In: Curare, Vol. 27, Nr. 3, S. 197 - 200

**Mayring, Philipp**

2002 Einführung in die qualitative Sozialforschung – eine Anleitung zu  
qualitativem Denken, 5. überarb. Auflage, Belz Studium, Weinheim

**MacElroy, Ann/Townsend, Patricia K.**

2003 Medical Anthropology in Ecological Perspective. 4. überarb. Aufl.,  
Westview Press, Boulder, Colo

**Napolitano, Valentina**

2002 Migration, Mujercitas, and Medicine Men - Living in Urban Mexico.  
University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London

**Pek, Sabine**

2006 Mexihka-Pactli - Heilrituale in der traditionellen mexikanischen Medizin  
der Mexihka. Diplomarbeit, Universität Wien

**Puchegger-Ebner, Evelyne/ Schaffler, Yvonne/ Pek, Sabine**

2007 Krankheitskonzeptionen in Lateinamerika. In: Babinetz, Christine/ Deseke,  
Norma/ Hofmair, Sonja/ Rocha Torrez, Eveline (Hg.), Die Maske –  
Zeitschrift für Kultur- und Sozialanthropologie, Nr. 1, S. 27 - 30

**Rivers, W.H.R.**

1927 Medicine, Magic, and Religion – the FitzPatrick Lectures delivered before  
the Royal College of Physicians of London in 1915 and 1916. Kegan Paul,  
London

**Roemer- und Pelizaeus-Museum**

1986 Katalog zur Ausstellung: Die Azteken und ihre Vorläufer – Glanz und Untergang des Alten Mexiko. Roemer- und Pelizaeus, Hildesheim und Verlag Philipp von Zabern, Mainz am Rhein

**Sargent, Carolyn F./ Johnson, Thomas M. (Hg.)**

1996 Handbook of Medical Anthropology – Contemporary Theory and Method. Greenwood Press, Westport, Connecticut, London

**Scomburg-Scherff, Sylvia M.**

1999 In: Wörterbuch der Völkerkunde. Begründet von Hirschberg, Walter Beirat: Christian Feest, Hans Fischer, Thonas Schweizer. Redaktion: Wolfgang Müller, Reimer Verlag, Berlin, S. 359f

**Stagl, Justin**

1999 Wörterbuch der Völkerkunde. Begründet von Hirschberg, Walter, Beirat: Christian Feest, Hans Fischer, Thonas Schweizer. Redaktion: Wolfgang Müller, Reimer Verlag, Berlin, S.138

**Unschuld, Paul U.**

1975 Medizin und Ethik: Sozialkonflikte im China der Kaiserzeit. Aus der Reihe: Bauer, W./ Franke, H. (Hg.), Münchener Ostasiatische Studien. Band 11, Franz Steiner Verlag GmbH, Wiesbaden

1977 Konfliktanalyse in medizinischen Transfersituationen. In: Curare Vol. 27, 2004, Nr. 3, S. 247 – 252, Reprint aus Rudnitzki, G./ Schiefenhövel, W. / Schröder, E. (Hg), Ethnomedizin - Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde. (Ethnologische Abhandlungen 1). Verlag Detlef Kurth, Barmstest, S. 79 - 86

1992 Epistemological Issues and Changing Legitimation - Traditional Chinese Medicine in the Twentieth Century. In: Leslie, Charles/ Young, Allen

(Hg.), Paths to Asian Medical Knowledge. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, Oxford, S. 44 - 61

**Worsley, Peter:**

1997 Knowledges – What different Peoples make of the World. Profile Biiks Ltd, London

1982 Non-Western Medical Systems. In: Annual Review of Anthropology, Vol. 11, S. 315 - 48

**WHO**

2002 Traditional Medicine Strategy 2002-2005

**Zündel, Martin**

2003 Los efectos de las reformas del sistema de salud en México en la década de los noventa – La percepción de los usuarios. Diplomarbeit, Universität Wien

Internetquellen:

- <http://www.imss.gob.mx/IMSS/> (Zugriff, am 25.7.2008)
- [http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS\\_SITIOS/IMSS\\_06/Institucion/SG/conoce/Mision.htm](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/Institucion/SG/conoce/Mision.htm) (Zugriff, am 25.7.2008)
- [http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS/IMSS\\_HIS/ramos/](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS/IMSS_HIS/ramos/) (Zugriff, am 25.7.2008)
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Maya-Codices> (Zugriff, am 25.7.2008)
- <http://de.Wikipedia.org/wiki/Azteken> (Zugriff, am 25.7.2008)
- <http://mexiko-lexikon.de/mexiko/index.php?title=Mestize> (Zugriff, am 25.7.2008)
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Orthomolekular> (Zugriff, am 25.7.2008)

Eigene Quellen 2006:

- Interview mit Abel, am 22.11.06 (Tlacotepec de Mejía)
- Interview mit Aida, am 05.12.06 (Mexiko City)
- Interview mit Angeles, am 17.10.2006 (Mexiko City)
- Interview mit Angeles, am 25.10.06 (Mexiko City)
- Interview mit Angeles, am 26.10.06 (Mexiko City)
- Interview mit Angeles, am 02.11.2006 (Mexiko City)
- Interview mit Maestra Angelica, am 20.11.06 (Tlacotepec de Mejía)
- Interview mit Dr. Soul Tecalco Azamar, am 17.11.07 (Tlacotepec de Mejía)
- Interview mit Dr. Eugenia, am 15.11.06 (Tlacotepec de Mejía)
- Interview mit Fidel, am 26.10.06 (Mexiko City)
- Interview mit Hannes, am 15.10.06 (Mexiko City)
- Interview mit Hilda, am 06.12.06 (Mexiko City)
- Interview mit Martha, am 03.12.06 und 06.12.06 (Mexiko City)
- Interview mit Migel, am 23.11.06 (Tlacotepec de Mejía)
- Interview Nayeli, am 01.11.2006 (Tlacotepec de Mejía)
- Interview mit Primo López Morales, am 14.11.06 (Tlacotepec de Mejía)
- Interview mit Ofelia, am 17.11.2006 (Tlacotepec de Mejía)
- Interview mit Regina, 24.10.06 (Mexiko City)
- Interview mit Informantin S., Mitarbeiterin vom „nationalen Institut für öffentliche Gesundheit“, am 24.11.06 (Tlacotepec de Mejía)
- Interview mit Dr. Tovar, am 2.11.2006 (Mexiko City)
- 
- Feldprotokoll, am 23.10.06
- Feldprotokoll, am 11.11.06
- Feldprotokoll, am 28.11.06
- Feldprotokoll, am 05.12.06

Säulengasse 14/1  
1090 Wien  
Tel. 0650/72 53 986

## Daniela Agnes Fuchs

---

### Persönliche Angaben

Familienstand: ledig  
Staatsangehörigkeit: österreichisch  
Geburtsdatum: 06.12.1978  
Geburtsort: St. Johann in Tirol

### Ausbildung

1985 - 1989 Volksschule in Retz  
1989 - 1993 Bundesgymnasium in Hollabrunn  
1993 - 1998 Handelsakademie in Hollabrunn

2001 - 2004 Studium der Sozial- und Kulturanthropologie als Hauptfach und Fächerkombination mit Psychologie, Sonder- und Heilpädagogik, Rechtswissenschaften und Ernährungsanthropologie an der Hauptuniversität Wien

11.05.2004 Diplomprüfungszeugnis für Abschluss des ersten Abschnitts; Notendurchschnitt: Gut

18.06. 2004 Umstieg in den neuen Studienplan, Studium der Sozial- und Kulturanthropologie als Einzelstudium; Spezialgebiet Ethnomedizin

2006 Okt. – Dez. Forschungsaufenthalt in Mexiko

### Bisherige Beschäftigung

Sept. 1998 – Aug. 1999 bei Fa. Cell Chemie HandelsgmbH als Sachbearbeiterin angestellt.

Nov. 1999 – Juli 2001 bei Update.com Software AG als Assistentin im Release Management angestellt.

Dezember 2001 Verkauf am Adventmarkt Hernals

Februar 2003 geringfügig angestellte Aushilfe bei der Allianz Versicherung in der Abteilung Betriebliche Altersvorsorge

März, April 2003 geringfügig angestellt bei Allianz Versicherung in der Abteilung für Lohnsummenabrechnung

Dezember 2003 Verkauf am Adventmarkt in Stockerau

Okt. 2004 – Aug. 2006 Studienassistentin in der Fachbibliothek für Sozial- und Kulturanthropologie an der Universität Wien

Mai 2007 – Okt. 2007 geringfügig angestellte Aushilfskraft bei der Firma RESMed

Mai 2007 – Dez. 2007 Studienassistentin in der Fachbibliothek für Sozial- und Kulturanthropologie an der Universität Wien

Okt. 2007 -                   angestellt bei Literaturfachhandel Om-Esoterik

### **Sonstige Weiterbildung**

2001           Lithotherapie 1, Betz Institut Großschönau

Seit 2005    Ausbildung zum Facilitator/ 3 in 1 concepts

2006           Energy for Work – Mehr Energie mit Kinesiologie, Basisseminar

### **Sonstige Interessen**

2000 – 2004 Kassierin in dem Verein „Aktive Jugend Retz“

2004 - 2007 Kassierstellvertreterin im Verein „Aktive Jugend Retz“

2003 – 2006 Teilnehmerin am Arbeitskreis Kinder, Jugend und Soziales und in Folge im Beirat der niederösterreichische Dorf- und Stadterneuerung in der Gemeinde Retz

2004           Buddykurs im Integrationshaus absolviert

2006           Jän. – Dez. aktive Mitarbeiterin im Verein „Helfen Wir – Verein für medizinische und Entwicklungshilfe“