

“On the move” – Die Globalisierungsdebatte in der Medizinethnologie

VIOLA HÖRST & KRISTINE KRAUSE

Zusammenfassung: Obwohl heilkundliche Ideen und Praktiken zunehmend weltweit Verbreitung finden, beziehen bislang nur wenige Studien der Medical Anthropology sozialwissenschaftliche Ansätze zur Globalisierung explizit ein. Diese Arbeiten werden in einer Literaturübersicht vorgestellt, wobei ein kürzlich veröffentlichter Sammelband der AG Medical Anthropology in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e.V. (DGV) besondere Berücksichtigung findet. Zudem fasst der vorliegende Artikel ausgewählte Ansätze gegenwärtiger Globalisierungstheorien und die daran geübte Kritik zusammen. Anhand der Begriffe „Kultur“ und „Ort“ wird dargelegt, inwieweit die Phänomene globaler Verflechtungen eine Revision ethnologischer Schlüsselkonzepte erforderlich machen. Deren Bedeutung für das Feld der Medical Anthropology wird ebenfalls besprochen. Neben der Identifizierung thematischer Forschungslücken wird auf analytischer Ebene das Konzept der *medicoscapes* vorgeschlagen, um die Komplexität der Verflechtungen in medizinethnologischen Forschungsfeldern greifbar zu machen, ohne darin involvierte unterschiedliche Akteursebenen zu vernachlässigen.

“On the Move” – Debate on Globalisation in Medical Anthropology

Summary: Although medical ideas and practices travel globally, only few studies in Medical Anthropology have actively used theories of globalization from the wider field of social science. This article summarizes current theories of globalization and its critics to discuss the consequences for Medical Anthropology. It focuses on terms like “culture” and “place” to show, how the phenomenon of global connectedness requires a revision of anthropological key concepts. It outlines the relevance of these changes for Medical Anthropology and provides a selective review of articles and books which draw on theoretical key concepts from globalisation theories. Additionally it introduces a volume which the working group “Medical Anthropology” of the DGV (German Association of Ethnology) published recently. Research gaps are identified and the concept of “*medicoscapes*” is proposed to grasp the complexity of intertwined relations in medical research fields without neglecting the different actors involved in these processes.

keywords (Schlagwörter): globalisation – biomedicine – medical tourism – medical pluralism – *medicoscapes* – migration – indigenous concepts (traditionelle Konzepte) – telemedicine

Einleitung: Globalisierung medizinischer Alltagswelten in Deutschland

Globalisierung und ihre Effekte machen nicht halt vor medizinischen Feldern. Im Gegenteil, es drängt sich eine überraschende Vielfalt an Phänomenen auf, die unter dieses Konzept gefasst werden können: So ist es in München derzeit beliebt, sich ayurvedischen Kuren in Indien zu unterziehen. „Authentizität“ der Behandlung und geringere Behandlungskosten sind die Kriterien, welche in Verbindung mit der Attraktivität einer Fernreise den Ausschlag geben. Mit der Möglichkeit touristischer und exotischer kultureller Erfahrungen wird ebenfalls geworben, um günstige Laserbehandlungen am Auge in indischen Kliniken anzupreisen (MEDICAL TOURISM 2003, 2004; MSID 2003). Auch südafrikanische Kliniken bieten Schönheitsoperationen zusam-

men mit Safari-Ausflügen als touristisches Kombinationspaket an (BAUCH 2000: 60f; MEDICAL TOURISM 2003). Aber nicht nur europäische Patienten gehen auf Reisen, um sich medizinischen Behandlungen zu unterziehen: Auch nach Deutschland kommen Patienten bspw. aus Russland oder den Vereinten Arabischen Emiraten. Sie werden im härter werdenden wirtschaftlichen Konkurrenzkampf der Krankenhäuser von Privat- und Universitätskliniken eigens angeworben. So wird das Klinikum Augsburg im Herbst 2004 für wohlhabende Patienten aus dem Ausland eine „Privatstation auf Hotel-Niveau“ einrichten (*Süddeutsche Zeitung* 2004a: 48).

Experten der Biomedizin¹ bewegen sich teils mit ihrem gesamten OP-Team in die arabische Welt, um dort – gegen hohe finanzielle Entschädigung – Transplantationen an Mitgliedern der Königshäuser

vorzunehmen (*Süddeutsche Zeitung* 2004b: 35). Chirurgen des Deutschen Herzzentrums in München führen – wiederum unentgeltlich – invasive Eingriffe in Tansania durch, um dortigen Ärzten Operationstechniken am offenen Herzen beizubringen. Heilkundliche Experten anderer Länder – darunter nicht nur Biomediziner, sondern bspw. auch Homöopathen, Hoca oder „Ethnotherapeuten“ – halten in Deutschland Vorträge oder arbeiten und leben hier.

“On the move” sind also Menschen als Experten und Therapiesuchende. Mit ihnen reisen neben Geldern jedoch auch Wissen und Praktiken, Wahrnehmungen und Ideen. Und auch ohne dass sich Menschen räumlich weit bewegen müssten, sind ihnen heilkundliches Wissen, Praktiken und Ideen an unterschiedlichen Lokalitäten der Welt durch Informationssendungen in Rundfunk und Fernsehen und vor allem durch das Internet zugänglich (BAUCH 2000: 60f). Indigene Welt- und Heilungsrealitäten finden sich dort uminterpretiert und re-kontextualisiert wieder: Neben zahlreichen Selbsterfahrungskursen mit indianischen „Schamanen“ werden auf deutschen Internetseiten Ausbildungen zum „schamanischen Therapeuten“ angeboten mit dem Hinweis, dass diese „... zu einem neuen Berufsbild, abgesehen durch die IHK“ (Industrie- und Handelskammer), entwickelt würden (NEWSLETTER ELEMEN-TARKREISE 2003; vgl. HÖRST, WOLF 2003: 17f; WÖRLE *et al.* 2003). Laien tauschen sich im Internet mit Therapeuten aus, holen sich behandlungsrelevante Informationen von Homepages oder chatten in Selbsthilfeforen. Über Mailinglisten entsteht vermehrte Kommunikation unter Experten unterschiedlicher heilkundlicher Richtungen (BAUCH 2000: 60, 71f; CARTWRIGHT 2000; SINHA 2000).

Dies sind nur einige Beispiele, die nahe legen, die ethnologische Untersuchung von Medizin und Heilkunde² mit sozialwissenschaftlichen Diskussionen über Globalisierungsprozesse zu verbinden. Wie sich dies in der medizinethnologischen Forschung gestaltet, wie theoretische Ansätze zur Globalisierung für den Heilkundebereich fruchtbar gemacht werden und welche analytischen Neuerungen sich daraus ergeben, sind die Fragestellungen, denen wir nachgehen möchten. Zum besseren Verständnis werden wir als Einstieg theoretische Ansätze zur Globalisierung und kritische Positionen der Ethnologie zum Interpretationsschema „Globalisierung“ skizzieren. Wie sich theoretische Konzepte

der Ethnologie in der Auseinandersetzung mit den Phänomenen weltweiter Vernetzung und Verflechtung verändert haben, wird anschließend kurz aufgezeigt, um uns dann auf die inhaltliche Verbindung von Globalisierung und medizinethnologischen Forschungen zu konzentrieren. Obwohl die Thematik heilkundlicher Globalisierung in der Medizinethnologie bisher eher vernachlässigt wurde, gibt es in der Fachliteratur einzelne interessante Ansätze, die wir vorstellen werden. Hierzu gehören verschiedene Arbeiten aus dem Bereich der anglo-amerikanischen Medical Anthropology und Beiträge aus der AG Medical Anthropology, die teilweise unter dem Titel „Globalisierung und Medizin: globale Ansprüche – lokale Antworten“ veröffentlicht wurden (HÖRST, WOLF 2003). Eine Bewertung des Globalisierungsansatzes als Analyseverfahren für die Medizinethnologie wird den Beitrag abrunden.

1. Theoretische Ansätze zur Globalisierung

Das Schlagwort Globalisierung wurde in den 1970er Jahren geprägt und wird in der Öffentlichkeit seitdem vor allem mit weltweiter ökonomischer Vernetzung verbunden. Gemeint sind damit über nationalstaatliche Grenzen hinweg organisierte Kapitalströme und Arbeitsmärkte, eine intensivierte Entstehung und Verbreitung von Informationen und Unterhaltungsmedien (CASTELLS 2001; ROBERTSON 1998, 2001) sowie global organisierte Dienstleistungen, Versicherungen, Banken und professionelle Vereinigungen, die sich in Metropolen konzentrieren (SASSEN 1991). Aber auch daraus resultierende Unsicherheitspotentiale wie die Auslagerung von Kapital und Arbeitsplätzen ins Ausland, ein Verlust staatlicher Kontrolle auf wirtschaftliche Einflussnahme in politische Belange sowie die allgemein zu beobachtende Schwächung staatlicher sozialer Sicherungssysteme werden mit Globalisierung verknüpft (BAUCH 2000: 60, 69ff). Makrotheoretische Ansätze aus der Ökonomie, den Polit- und Kommunikationswissenschaften betonen vor allem kulturelle Vereinheitlichungstendenzen (Homogenisierung) (KREFF 2003: 21ff; TSING 2002: 462ff; WALLERSTEIN 1989). Sie gehen davon aus, dass eine weltweite Steigerung der Zirkulation von Waren und Menschen zu einer Uniformierung der kulturellen Vielfalt und damit zu einer Amerikanisierung bzw. Verwestlichung führen würde – Mc-

Donalds und Coca-Cola werden oft als Beispiele dafür angeführt (MEYER & GESCHIERE 1999: 1f). Diese sogenannte Homogenisierungsthese stützt sich auf die Behauptung, dass es bestimmte Zentren auf der Welt gäbe, von denen alles global wirksam auf die Peripherien ausstrahle. Unter „Zentren“ werden hierbei westliche Metropolen verstanden, während mit „Peripherie“ die so genannten Dritte-Welt-Staaten gemeint sind. Problematisch an dieser Perspektive ist zum einen die Annahme, dass die Menschen in den zur Peripherie erklärten Regionen die von den Zentren ausgehenden Einflüsse passiv aufnehmen (INDA & ROSALDO 2002: 15). Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die einseitige Perspektive, die den so genannten Westen als Zentrum und alle anderen Regionen der Welt als Peripherie konstruiert. Ethnologische Forschungen widersprechen diesen Annahmen und zeigen, wie in verschiedenen lokalen Kontexten global zirkulierenden Gütern sowie Ideen, Praktiken und Einflüssen durch vielfältige Aufnahmen, Einbettungen und Neuschöpfungen begegnet wird, wie Homogenisierungen und Heterogenisierungen im Lokalen gleichzeitig zum Tragen kommen. Ethnologische Forschungen zeigen ebenso, dass Austausch und Zirkulation nicht nur vom „Westen“ in den „Rest“ der Welt stattfindet, sondern auch von Zentren der südlichen Hemisphäre ausgehen.

Historisch gesehen fanden Prozesse, die mit dem Begriff Globalisierung beschrieben werden, schon in der Vergangenheit statt, z.B. durch die Eroberung des amerikanischen Kontinentes (LINDNER 1997; HANNERZ 2003; WIMMER 2002). Was die derzeitigen Vorgänge aber von früheren Vernetzungsschüben abhebt, ist deren Intensität der Vernetzung, die vor allem durch die neuen Informationsmedien und die gestiegenen Transportmöglichkeiten hergestellt wird³. Dadurch werden soziale, politische und ökonomische Beziehungen durch Interaktionen über Entfernungen hinweg geknüpft und aufrechterhalten. Ereignisse und Gegebenheiten finden zwar räumlich getrennt voneinander statt, stehen aber zeitgleich miteinander in Beziehung (HANNERZ 1996: 66). Der Soziologie ANTHONY GIDDENS fasst diese Entwicklungen abstrakt als Beschleunigung in der Zeit und als Verdichtung des Raumes zusammen (GIDDENS 1995: 85; TREIBEL 2000: 248; vgl. BECK 1999: 127ff).

2. Kritische Stimmen aus der Ethnologie zu Globalisierungstheorien

ULF HANNERZ (2003: 6f) und ANNA TSING (2002: 465) merken an, dass die Begriffe Globalisierung, Vernetzung oder Verflechtung häufig mit positiv konnotierten Metaphern wie Fließen und Strömen verbunden werden, die vor allem einen Zugewinn an Freiheit suggerieren. Nationalstaaten scheinen überholt und Grenzen jeglicher Art im Fluss weltweiter Vernetzung aufgehoben zu sein. Ausgeblendet werden dadurch politische Machtkonstellationen, die zu Asymmetrien der Verflechtung führen und Ungleichheiten in der globalen Verteilung von Ressourcen, Gütern und Wissen bewirken. Dies hat auch massive Auswirkungen im Gesundheitsbereich. So ergibt sich für Industrienationen mit kooperativ organisierten Gesundheitssystemen (wie etwa Deutschland) das eklatante Problem, dass sich wirtschaftliche Entwicklungen der nationalstaatlichen Gestaltungshoheit entziehen, die sozialen und gesundheitlichen Folgen aber innerhalb der nationalstaatlichen Grenzen bewältigt und vor allem finanziert werden müssen (BAUCH 2000: 58ff, 78). Gleichzeitig verstärken sich die Unterschiede zwischen arm und reich, so dass im Zusammenspiel mit anderen Faktoren – wie demographischen Entwicklungen – Globalisierungsprozesse gravierende gesundheitliche Effekte haben. Hierzu gehört auch, dass bspw. in Deutschland nicht akademisch geschulte Migranten und Asylbewerber, die weltweit schnell in die Illegalität abgedrängt werden (BAUMANN 2002: 111), von gesundheitlicher Basisversorgung ausgeschlossen sind (ANDERSON 2003: 34f; ALT 2003: 150ff). Auch setzt der Austausch über medizinisches Fachwissen und die Nutzung neuester heilkundlicher Techniken durch medizinischen Tourismus, Fernberatung via Telefon oder gar Videokonferenzen technische und finanzielle Ressourcen der Institutionen und der sie nutzenden Patienten voraus. Durch die sich vergrößernde Schere zwischen arm und reich innerhalb aller Gesellschaften einerseits, zwischen ärmeren und reicheren Nationen oder Regionen andererseits, ist großen Gruppen von Menschen die Teilhabe an heilkundlichen Verflechtungsprozessen verwehrt. Im Bereich des weltweiten Handels und Bedarfs nach menschlichen Transplantationsorganen etwa befinden sich Dritte-Welt-Länder allgemein auf der Verliererseite, wenngleich einzelne Vertreter dort-

ger Eliten gut daran verdienen (MARSHALL & DAAR 2000; SCHEPER-HUGHES 2002). Zu benennen ist ebenso die stagnierende Therapieforschung zu Infektionskrankheiten wie bspw. Malaria. Derartige Krankheiten betreffen die nördliche Hemisphäre weniger als bspw. AIDS, so dass die kapitalintensive Forschung durch Pharmakonzerne, welche auf zahlungskräftige Absatzmärkte angewiesen ist, wohl nicht lukrativ genug erscheint. Somit umfasst Globalisierung als beschreibender Begriff kein unbehindertes Fließen und Strömen an Menschen, Gütern und Ideen, sondern auch die Bestärkung bestehender (nationalstaatlicher, politischer oder ideologischer) Grenzen sowie die Erschaffung neuer. Politische und wirtschaftliche Kräfte sind an den Grenzziehungen aktiv beteiligt, obwohl sie in anderen Bereichen Grenzauflösungen partiell vorantreiben.

Zusammenfassend lässt sich demnach festhalten, dass sowohl im öffentlichen als auch im wissenschaftlichen Diskurs zu Globalisierung spezielle gesellschaftliche Wirklichkeiten angepriesen, andere aber ausgeblendet werden. Denn Globalisierung enthält nicht nur "... new and better opportunities (when it does at all) but also new risks, greater uncertainty; perhaps more suspicions." (HANNERZ 1999: 326). Gerade letztere sind aber, um mit BAUMANN zu sprechen, wichtige Thematiken für die Ethnologie. Ist es doch Aufgabe von Ethnologen, nicht nur die positiven Seiten globaler Verflechtungen hervorzuheben, sondern auch ihre negativen Folgen aufzudecken (BAUMANN 2002: 112, 122).

Insgesamt besehen entsteht im Zusammenhang mit dem Thema Globalisierung leicht der Eindruck der Unübersichtlichkeit, was auf einer mehrfachen Verwendung und Bedeutung des Begriffes beruht. Denn Globalisierung und Globalisierungstheorien beschreiben erstens die empirische Realität durch die Verdichtung des Raumes und Beschleunigung in der Zeit (s.o.). Zweitens bezeichnen sie analytische Ansätze, die den Konsequenzen dieser Verdichtung nachgehen. Drittens sind Theorien und Diskussionen zur Globalisierung auch als machtpolitischer Diskurs anzusehen, der weltweite Veränderungen legitimiert, teils als unausweichlich darstellt und sie auch selbst vorantreibt. Nicht zu vergessen ist hier, dass Wissenschaft selbst Teil von Globalisierungsprozessen ist und zwar auf machtdiskursiver als auch auf empirischer Ebene. Gerade aufgrund der Wechselwirkung von Theorie und zu untersuchen-

dem Feld ist es auch für die medizinethnologische Diskussion wichtig, sich darüber zu verständigen, wie sich theoretische Konzepte und Forschungsfelder verändern und heilkundliche Praktiken Teil der Prozesse sind, die als Globalisierung beschrieben werden.

3. Veränderte Forschungsfelder und Begriffe

Aufbauend auf feministischen und postmodernen Ansätzen hat die Auseinandersetzung mit Globalisierungstheorien und die Anerkennung der wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Verflechtungen in der internationalen ethnologischen Fachdiskussion das Verständnis zentraler Konzepte in der Ethnologie verändert. Neben dem Modell des „Lokalen“ betrifft dies vor allem den Kulturbegriff.

3.1 Der Kulturbegriff

Kultur befindet sich –und befand sich schon immer – in Bewegung mit den Menschen, die sie praktizieren (HANNERZ 1996: 20). Entsprechend wird „Kultur“ nicht mehr als ein einheitlicher Komplex von Sitten und Gebräuchen verstanden, der an ein bestimmtes Territorium, eine Region oder eine Nation gebunden gedacht wird, wie es in früheren Theorien der Ethnologie, Völker- oder Volkskunde üblich war, wenn von der „Kultur der Nuer“ oder der „traditionellen Medizin der Tzotzil“ gesprochen wurde⁴. In neueren Theorieansätzen wird Kultur zwar weiterhin als sozial verbindendes Bedeutungssystem verstanden, allerdings muss Kultur in sich heterogener gedacht werden, als es bisher der Fall war (HANNERZ 1996: 68). Hier sieht sich die Ethnologie vor neue Herausforderungen gestellt: Sie muss in gewisser Weise Ethnologie ohne „Ethnos“ betreiben (GUPTA & FERGUSON 1999a: 2).

Anschaulich machen lässt sich dies z.B. an mexikanischen Gemeinden in den USA, die mit verschiedenen ethnischen Herkunftsgruppen in Mexiko durch Migrationszirkulation (ROUSE 2002: 162) so verbunden sind, dass ökonomische und politische Querverbindungen, soziale Strukturen und kulturelle Identitäten in beiden Staaten nachhaltig verändert werden (PRIES 1998). Derartige Vernetzungsprozesse durch Migration sind an vielen Orten der Welt entstanden und werden in der sozialwissenschaft-

lichen Forschung als „transnationale soziale Felder und Räume“ beschrieben (GLICK SCHILLER *et al.* 1992, 1999; LEVITT *et al.* 2003; PRIES 1998: 62). Solche transnationalen Phänomene verdeutlichen Spannungsfelder, die in den Lebenswelten weit voneinander entfernt lebender Mitglieder einer sozialen Gruppe zu finden sind, die sich trotz aller räumlichen Distanz als zusammengehörig begreifen und sich durch ihre Heterogenität hindurch aufeinander beziehen (BAUMANN 2002: 113). Auf analytisch-theoretischer Ebene steht die Ethnologie damit vor dem Problem, die bislang von Homogenität geprägten Vorstellungen von Kultur um diese gleichzeitig wirkenden Kräfte intrakultureller Heterogenitäten zu erweitern. Empirisch gilt es herauszufinden, wie und wodurch eine – teils imaginierte – Zusammengehörigkeit und Bezogenheit aufeinander über Zeit und Raum hinweg trotz aller Unterschiedlichkeiten überzeugend hergestellt wird (HANNERZ 2003).

3.2 Lokales versus Globales?

Auf empirischer Ebene ethnologischer Forschung bildet das Lokale als konkreter Ort immer noch den zentralen Bezugspunkt, um pragmatische Haltungen und Bedeutungen zu untersuchen, doch hat sich seine Konzeption in der Auseinandersetzung mit Phänomenen und Theorien der Globalisierung verändert. So wird das Lokale nicht mehr als abgrenzbare Einheit verstanden, sondern findet im Rahmen weltweiter Vernetzung in komplexeren Dimensionen Beachtung.

Als Trugschluss ethnologischer Studien erwies sich, um mit HANNERZ (1996: 19) zu sprechen, die häufige Annahme, dass „das“ Lokale in Beziehung zum „Globalen“ stehe, wie Kontinuität zu Wandel. Ebenso wenig steht „das“ Globale für die ganze Welt, sondern für spezifische Einflüsse, die von weit her ins Lokale eindringen (HANNERZ 1995: 78). Vorher aber waren sie selbst etwas Lokales – und werden dann weit entfernt von ihrem Ursprung wiederum – zum Lokalen. Verführen die Begriffe „global“ und „lokal“ gerne zum Denken in Oppositionen, so existieren sie doch nicht losgelöst voneinander, sondern durchdringen sich gegenseitig, wofür ROBERTSON den Begriff der „Glokalisierung“ prägte⁵ (1998: 201). Hierbei sind „global“ und „lokal“ als idealtypische Konzeptionen zu verstehen,

welche einen weiten Bereich anderer territorialer Organisationsformen umfassen können, wie etwa Region, Nation oder Kontinent. Empirisch werden Wechselwirkungen zwischen diesen scheinbar abgrenzbaren territorialen Ebenen aber erst an praktischen Haltungen und sinnstiftenden Konzepten verschiedener Akteure oder Akteursgemeinschaften in je spezifischen Lokalitäten erkennbar.

Zusätzlich verlangen verstärkte Migrationsbewegungen das Einbeziehen verschiedener Orte innerhalb eines Forschungsprojektes. Nicht nur die ethnologischen Forschungssubjekte sind in Bewegung, auch ethnologische Teilnahme wird mobil und folgt als „multisited ethnography“ den Menschen, Gütern und Ideen (MARCUS 1995; WELZ 1998). Erst dadurch lassen sich detailliert die Prozesse von Globalisierung in Form von zeitgleichen Homogenisierungs- und Heterogenisierungsbestrebungen an konkreten Orten und in den Handlungen und Sinnstiftungen von Akteuren bestimmen. Insofern aber ist das ethnologisch Lokale eine brauchbarere und anspruchsvollere Kategorie zugleich geworden. Geschichten vom „Lokalen“ als konkretem Ort und spezifischem Kontext bilden den Gegenpol zur großen Erzählung des abstrakt „Globalen“ und den darin forcierten Uniformitätsgedanken.

Das Lokale als spezifischer Kontext, den die Ethnologie untersucht, ist nach Hannerz immer als „Grenzregion“ im übertragenen Sinn zu verstehen: Grenzregionen sind die Bereiche, wo Dinge wahrgenommen werden können, die gleichzeitig verbunden und getrennt sind. Die konkreten Orte, an denen viele Ethnologen ihre Feldforschungen durchführen, sind jeweils auf spezifische Weise geprägt von dem Aufeinandertreffen unterschiedlicher Haltungen, Weltbezüge und Machtinteressen, welche durch Aneignung, Uminterpretation und Rekontextualisierung verändert werden (HANNERZ 1996: 79). Der Bereich der Heilkunde stellt dabei einen besonderen Grenzbereich dar, da er universelle menschliche Bedürfnisse und Konstanten wie Geboren werden, Kranksein, Gesundsein und Sterben betrifft, welche jedoch lokal spezifische Interpretationen und Umgangsformen erfahren. Gerade weil Heilkunden aber universelle Probleme bearbeiten, sind sie für einen globalen Markt prädestiniert.

3.3 Die besondere Stellung der Biomedizin

Auch wenn Kranksein und Heilung alle Menschen auf der Welt beschäftigen und Heilkunden deswegen als ein prototypisches Feld global-lokaler Dynamiken angesehen werden können, werden zu ihrer sozialwissenschaftlichen Untersuchung bislang nur selten Globalisierungstheorien einbezogen. Möglicherweise hängt dies gerade mit der transnationalen Stellung der Biomedizin zusammen. Sie hat sich mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine jener Institutionen geschaffen, die als *global player* agieren: Sie arbeitet als Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen und besitzt ein Monopol in der Standardisierung diagnostischer transkultureller Manuale (z.B. *International Classification of Diseases, ICD 10*). Auch organisiert sie über nationalstaatliche Grenzen hinweg biomedizinisches Wissen, standardisierte Ausbildungen und setzt wissenschaftlich bindende Kriterien weltweit fest (DIESFELD 1996: 572f).

Insbesondere aufgrund der Koordinationsbehörde WHO kann die Biomedizin damit eng in Verbindung mit Homogenisierungsprozessen im heilkundlichen Bereich gebracht werden. Als global gültiger Referenzpunkt erscheint „die Biomedizin“ auf den ersten Blick als „das Globale“ im heilkundlichen Bereich. So wurden in den vergangenen Dekaden der Biomedizin als „Globalem“ häufig die „traditionellen Medizinsysteme“ verschiedenster Regionen als „das vermeintlich Lokale“ entgegengesetzt. Dadurch wurde die Opposition oder Dichotomisierung zwischen „globaler“ Biomedizin einerseits und lokalen Heilkunden andererseits zementiert (HADOLT & LENGAUER 2003a: 105). Zwar waren und sind biomedizinische Modelle und Umgangsweisen in medizinethnologischen Studien häufig Referenzpunkte für Kritik, jedoch betrifft dies vor allem ihre als kulturfrei deklarierten Konzeptionen und nicht ihre örtlichen Umsetzungen. Der Anspruch der Biomedizin, über höhere Effizienz zu verfügen, wurde hingegen selten in Frage gestellt⁶, sondern von der Mehrheit der Forscher gerade in Arbeiten außerhalb der so genannten ersten Welt vielmehr implizit anerkannt. Insbesondere die Public-Health-Politik versteht Konzeptionen und Effizienz biomedizinischer Handlungen als Lösungsweg zu weltweit verbesserter Gesundheit. Sie kritisiert eher die nicht auf lokale Besonderheiten eingehende Umsetzung bio-

medizinischer Therapien und Präventionen. Insgesamt schienen im heilkundlichen Bereich die Homogenisierungsbefürchtungen wissenschaftlicher Globalisierungstheorien durch die weltweite Verbreitung biomedizinischer Instanzen wohl eher bestätigt.

Durch den Einfluss der Science und Technology Studies ab den 1970ern (vgl. HESS 1992; FRANKLIN 1995), durch die Historisierung biomedizinischer Vorstellungen und die ideengeschichtliche Betrachtung ihrer Genese wurde der Weg bereitet, Biomedizin grundsätzlich als lokal praktiziert zu verstehen. So können die Arbeiten der Medical Anthropology, die sich seit den späten 1980ern biomedizinische Bereiche als Gegenstand ihrer Untersuchungen gewählt haben, als Vorläufer einer Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Heilkunde und Globalisierung angesehen werden. Viele dieser Untersuchungen zeigen nämlich in paradigmatischer Weise, wie ein als global gültig erklärter Kanon von lokalen Akteuren in der Umsetzung angeeignet und verändert wird⁷. Auch durch medizinethnologische Studien in klassisch ethnologischen Forschungsregionen wurde immer deutlicher, dass biomedizinische Anschauungen zunehmend Bestandteile des Wissens von Laien und rituellen Experten sind. Diese Erkenntnisse wurden durch einen differenzierteren Blick auf den „Westen“ (INDA & ROSALDO 2002: 22) und durch eine allgemeine Hinwendung zu handlungspraktischen Ansätzen in der ethnologischen Forschung unterstützt. Die einstige Abgrenzung zwischen Autochthonem und Neuem, zwischen Biomedizin und „traditionellen Heilkunden“ wurde zunehmend in Frage gestellt. Denn biomedizinische Bereiche bewegen sich selbst im Spannungsfeld zwischen globalen oder universellen Ansprüchen und jeweiligen Umsetzungen vor Ort, die von regionalen, nationalen und transnationalen Interessen durchdrungen werden.

4. Globalisierung und Heilkunde

In den letzten Jahren sind einige medizinethnologische Publikationen erschienen, welche ökonomische, politische und soziale Bedingungen weltweit als Untersuchungsrahmen für heilkundliche Prozesse setzen, ohne aber auf theoretische Ansätze zur Globalisierung einzugehen. Besondere Aufmerksamkeit erfuhren in diesem Zusammenhang Repro-

duktionstechnologien. Als Beispiele zu nennen sind hierzu etwa der Sammelband *Conceiving the New World Order*, herausgegeben von FAYE GINSBURG und RAYNA RAPP (1995), der von SARAH FRANKLIN und HELENA RAGONÉ editierte Band (1998) *Reproducing Reproduction* oder der von MARCIA INHORN & FRANK VAN BALEN (2002) herausgegebene Sammelband *Infertility around the Globe*. Aber auch das allgemeine Einführungswerk in die Medizinethnologie von BAER, SINGER & SUSSER (1997) stellt, wie der Titel *Medical Anthropology and the World System. A critical Perspective* schon verrät, heilkundliche Bereiche in den Rahmen der Weltsystemtheorie. „Globale Kultur“ wird in diesem Sinne als durch den Druck des kapitalistischen System vereinheitlichte Kultur betrachtet (BAER *et al.* 1997: 40). Biomedizin erscheint vor diesem Hintergrund als einzige globalisierende Kraft im Heilkundebereich.

Im Gegensatz dazu widmet JOST BAUCH in seiner Einführung in die Medizinsoziologie (BAUCH 2000) dem Thema Globalisierung in Verbindung mit der Biomedizin ein ganzes Kapitel. Im Vordergrund der Betrachtung stehen ökonomische Effekte der Globalisierung, welche Bauch entlang der von ULRICH BECK konzipierten sechs Globalisierungsdimensionen untersucht⁸. Eingehend beleuchtet werden hier die Krisen der Finanzierung kooperativ organisierter Gesundheitssysteme (wie bspw. das deutsche System). BAUCH kommt zu dem Ergebnis, dass einerseits durch den Export von Arbeitsplätzen in Billiglohnländer die finanziellen Grundlagen der Krankenversicherungssysteme ausgehöhlt werden, andererseits aber durch informationstechnische Globalisierung die Erwartungshaltung der Bevölkerung wächst, von den neusten Fortschritten innerhalb der Medizin profitieren zu können. Dem wachsenden öffentlichen Druck steht ein durch Globalisierung geschwächtes Handlungspotential der nationalen Gesundheitspolitiken entgegen (BAUCH 2000: 60ff). Zusätzlich geraten weltweit heilkundliche Experten unter größeren Konkurrenzdruck, da sie sich auf einem globalen Markt für Gesundheitsdienstleistungen behaupten müssen. (BAUCH 2000: 72f).

4.1 Ein Streifzug durch die Literatur

Die wenigen medizinethnologischen Arbeiten, welche theoretische Ansätze zur kulturellen Globalisie-

rung explizit auf den heilkundlichen Sektor anwenden, sollen im Folgenden vorgestellt werden. Größerer Raum wird dabei den Arbeiten von AG-Mitgliedern gewidmet, denn bereits im Jahr 2000 veranstaltete die AG eine Konferenz in Wien zum Thema *Medizinische Begrifflichkeiten im Spannungsfeld globaler Konzepte und lokaler Umsetzungen*. Aus den auf der Tagung gehaltenen Vorträgen und den sie begleitenden Diskussionen entstand der von ANGELIKA WOLF und VIOLA HÖRST herausgegebene Sammelband (WOLF & HÖRST 2003).

Grenzen der Anwendbarkeit biomedizinischer Kategorien

Kontextabhängige Grenzen der Anwendbarkeit biomedizinischer Konzepte bilden den Ausgangspunkt für MICHAEL KNIPPER und MARIA DELIUS. So hinterfragt MICHAEL KNIPPER in seinem Beitrag *Was ist „Krankheit“? – Anmerkungen zur transkulturellen Anwendung des wissenschaftlichen Krankheitsbegriffs* die Vorstellung von Krankheit als universellem Konzept. Basierend auf seiner Forschung in Ecuador zeigt er, dass die biomedizinische Vorstellung von diagnostisch identifizierbaren, kulturspezifischen Krankheiten, die über einen konkreten Zustand hinaus Bedeutung haben und unabhängig vom Einzelfall vorzufinden sind, wichtige Aspekte nicht erfassen können, welche für viele Naporuna zum Konzept *Mal Aire* gehören. Er kritisiert, dass durch eine ontologische Verwendung des Krankheitsbegriffes in den medizinethnologischen Debatten um das sogenannte kulturgebundene Syndrom zwar die Bedeutungsebene, aber nicht die strukturelle Ebene in Frage gestellt wurde. Gerade diese strukturelle Ebene des aus der Biomedizin entlehnten Krankheitsbegriffes unterzieht Knipper einer besonderen Betrachtung und kommt zu dem Schluss, dass der biomedizinische Krankheitsbegriff nicht transkulturell anwendbar ist.

In ähnliche Richtung argumentiert die Gynäkologin MARIA DELIUS, die in ihrem Beitrag *Befindlichkeit im Wochenbett – globaler Körper und sozialer Kontext* – zeigt, wie der von der Biomedizin als universelle einheitliche Entität konzipierte menschliche Körper in lokalen Biologien seine Grenzen findet. In biomedizinischen Auffassungen von affektiven Störungen im Wochenbett wird das Individuum in den Vordergrund gestellt. DELIUS zeigt auf, dass der biomedizinischen Konzeption ein

wissenschaftliches Erklärungsmodell fehlt, um die Aspekte der sozialen Umwelt einzubeziehen. Daraus resultieren Anwendungs- und Übertragungsgrenzen des biomedizinischen Körperbildes, die DELIUS anhand ihrer Studie mit Migrantinnen aus der Türkei in einer Münchner Klinik herausarbeitet. Denn gerade die sozialen Zusammenhänge spielen bei Erkrankungen während *kirk*, wie die gefährlichen vierzig Tage nach der Geburt auf Türkisch bezeichnet werden, eine entscheidende Rolle. Eine biomedizinische orientierte Prävention von Wochenbettstörungen, die sich alleine an der Mutter orientiert, muss demzufolge hier scheitern.

Umdeutungen und lokale Integration

Die globale Verbreitung heilkundlicher Deutungskonzepte wird durch die Einbettung in machtvolle Institutionen vorangetrieben. Verbunden damit ist eine kreative Umdeutung der Konzepte durch verschiedene Akteure und eine Einpassung in kulturell unterschiedliche Zusammenhänge. Eine wesentliche Voraussetzung dafür liegt in der strukturellen Zugänglichkeit der Konzepte für Neuinterpretationen. Diese Zusammenhänge untersucht HANSJÖRG DILGER in seinen Arbeiten anhand der Immunschwäche AIDS, welche als „globale Epidemie“ bezeichnet wird. DILGER differenziert das Bild der „globalen Betroffenheit und weltweiten Kooperation“ und zeigt auf, dass der Umgang mit AIDS auf unterschiedlichen Machtebenen widersprüchlich ausfällt: So werden nationale Grenzen im Fall eines Epidemieverdachts geschlossen, gleichzeitig bildet sich eine globale Identität der Betroffenen aus, und eine weltweite Kooperation entwickelt sich innerhalb der Unterstützungsarbeit durch Non-governmental Organisations (NGOs) (DILGER 2003: 180; WOLF & DILGER 2003: 261ff). DILGER widmet sich vor allen Letzteren: so stehen im Zentrum seiner Betrachtungen das Handlungsparadigma „PositHIV leben“ und seine Umsetzung in Tansania. „PositHIV leben“ lag als Lebenskonzept in den USA und Europa ein psychologischer Ansatz zugrunde, um die stigmatisierenden Erfahrungen von Infizierten in eine positive Lebensidentität zu transformieren. DILGER arbeitet heraus, dass bei der Verfolgung dieser Handlungsstrategie seitens HIV-Infizierter in Tansania hingegen religiöse Aspekte in den Vordergrund rücken.

Wie biomedizinische Vorstellungen zu AIDS lokale Umdeutungen erfahren analysiert ANGELIKA WOLF in ihrem Artikel „*AIDS und Kanyera in Malawi: lokale Rezeption eines globalen Phänomens*“ (WOLF 2003). Symptomparallelen mit sexuell übertragbaren Krankheiten, epidemiologische Aspekte und moralische Prinzipien bilden die Grundlagen für die Übereinstimmungen zwischen AIDS und dem lokalen Krankheitsbild Kanyera. Im indischen Kontext und am Beispiel Malaria widmet sich auch TINA OTTEN Fragen zu Integrationsprozessen biomedizinisch global verbreiteter Krankheitsauffassungen in ihren Arbeiten zur indigenen Bevölkerung in Orissa (OTTEN 2000, 2003). Biomedizinische Erklärungsansätze und Behandlungsempfehlungen werden bei den Desya ebenfalls in ein lokales Klassifikationssystem eingepasst und dadurch grundlegend verändert. Während ANGELIKA WOLF zeigt, wie in Malawi das lokale Krankheitskonzept Kanyera eine neue Bedeutung erhält und moralisch aufgeladen wird, stellt Otten dar, dass der biomedizinischen Vorstellung von Malaria der niedrigste Status innerhalb einer hierarchischen Krankheitsordnung zugewiesen wird. Dieses Vorgehen entspricht der allgemeinen Art und Weise vor Ort, Neues in Bestehendes einzuflechten. Während in Ottens Analyse der hegemoniale Bedeutungsanspruch der indigenen Sichtweise deutlich wird, arbeitet Wolf in ihrer Studie heraus, wie dem universellen Anspruch biomedizinischer Krankheitsbilder mit eklektischen Neu-Arrangements einzelner Komponenten in lokalen heilkundlichen Zusammenhängen begegnet wird.

Mit der Zirkulation pharmazeutischer Produkte – *medicines on the move* – beschäftigen sich SUSAN REYNOLDS WHYTE, SJAAK VAN DER GEEST und ANITA HARDON in ihrem Buch *Social Lives of Medicine* (2002)⁹. Die Verfasser nehmen die Anregung von APPADURAI (1986) auf, das soziale Leben von Waren über den Globus zu verfolgen, und analysieren, wie sich die Kommerzialisierung von Heilmitteln aus Sicht der Konsumenten, der Händler und der Verbreitungsstrategen darstellt. Sie zeigen, dass pharmazeutische Produkte zum einen durch die Akteure angeeignet, uminterpretiert und in lokale Kosmologien eingeflochten werden und zum anderen gewichtige gesellschaftliche Transformationen bewirken. Kommerzielle pharmazeutische Produkte tragen dazu bei, dass die Gesundheitssysteme Wa-

rencharakter annahmen und sich dadurch Macht-konstellationen und soziale Beziehungen verändern.

Politische Implikationen globaler Gesundheitspolitik

BRIGIT OBRIST VAN EEUWIJK (2003a) geht in ihrem Artikel „*Richtige Ernährung“ in Papua New Guinea: Anspruch und Wirklichkeit*“ der in der Forschung vernachlässigten Frage nach, welche Prozesse die Vorstellungen von richtiger Ernährung beeinflussen. OBRIST weist darauf hin, dass biomedizinische Konzeptionen von gesunder Ernährung ebenso kulturgebunden sind wie die Auffassungen der von ihr befragten Mütter. Aufgrund mangelnder Kommunikation über die Unterschiede der Vorstellungen stößt die Anwendung eines universellen Konzeptes von „richtiger Ernährung“ auf Grenzen der Akzeptanz und Machbarkeit. Doch nicht nur indigene heilkundliche Vorstellungen und biomedizinische Konzepte bestimmen den lokalen Diskurs zur optimalen kindlichen Ernährung. OBRIST VAN EEUWIJK zeigt, wie ökonomische, politische, ideologische und kulturelle Kräfte auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene die Durchsetzung von Ernährungsprogrammen und die damit verbundenen Diskurse im Lokalen durchziehen. Denn die Bekämpfung von Fehlernährung ist ein klassisches Thema internationaler Organisationen wie WHO, UNICEF und Weltbank (OBRIST VAN EEUWIJK 2003a: 52) und auch wirtschaftspolitische Interessen globaler Konzerne sind in diesem Bereich wirksam. Ein großes Problem stellt dabei die zeitlich begrenzte Anwesenheit biomedizinischer Repräsentanten vor Ort dar: Die von den Unterstützungsprojekten geweckten Erwartungen in biomedizinische Maßnahmen werden mit der Beendigung der Unterstützungsprogramme nicht mehr erfüllt. Die lokale Bevölkerung quittiert dies mit einer allgemein sehr ambivalenten Haltung gegenüber Aufklärungsprogrammen und temporären Versorgungsangebote von außen.

In dem von LINDA M. WHITEFORD und LEONORE MANDERSON herausgegebenen Buch *Global Health Policy, Local Realities* finden sich verschiedene Beiträge zu Gesundheitspolitik, welche die politischen Akteure und Institutionen heilkundlicher Globalisierung in den Mittelpunkt stellen. Insbesondere konzentrieren sich die Beiträge darauf, dass Gesundheitspolitik in ihrem Anspruch global for-

muliert wird, aber jeweils lokal durchgesetzt werden muss. Sie kritisieren, dass in der internationalen Gesundheitspolitik Gesundheit jedoch kontextunabhängig als ein neutrales Feld konzipiert wird (“level playing field”), in dem ökonomische, politische und kulturelle Unterschiede nicht zum Tragen kommen, sondern viel mehr davon ausgegangen wird, dass sie durch den Einsatz global wirksamer Instrumente nivelliert werden könnten (WHITEFORD & MANDERSON 2000: 5).

Die Herausgeber betonen, dass der Begriff Globalisierung gerade im Hinblick auf „Gesundheitspolitik“ das Erbe von Kolonialismus und Imperialismus angetreten hat. Historisch gesehen ist Globalisierung nicht nur in Verbindung mit Vorgaben der Weltbank oder der WHO zu sehen, sondern auch mit Bemühungen der Kolonialmächte, ihre nationalen „Volkskörper“ gesund zu erhalten (ebd.: 2000: 3, 13). Dieser Sammelband verdeutlicht im medizinischen Bereich sehr eindringlich, welche Verharmlosungen mit der positiven Betrachtung von „Globalisierung“ einhergehen können: So behandelt der Beitrag von PATRICIA MARSHALL und ABDALLAH DAAR (2000) das globale Geschäft mit menschlichen Organen und Gewebeteilchen von verarmten Menschen aus Indien. PETER VAN EEUWIJK bspw. beschreibt, wie Dorfbewohner in Sulawesi den Begriff Globalisierung mit konkreten Vorstellungen hinsichtlich einer verbesserten biomedizinischen Versorgung in ihren Dörfern verknüpfen. Als Konsequenz daraus fordert VAN EEUWIJK, dass nationale wie internationale Gesundheitsprojekte darauf eingehen sollten, anstatt sich, wie es derzeit Realität ist, einfach darüber hinwegzusetzen (VAN EEUWIJK 2000).

Auch klassische Felder globaler Gesundheitspolitik wie neue Herausforderungen durch AIDS im Beitrag von RICHARD PARKER (2000) oder Kinderhilfsprogramme im Artikel von JUDITH JUSTICE (2000) werden kritisch hinterfragt¹⁰. CHRISTINA ZAROWSKY (2000) zeigt auf, wie humanitäre Hilfe somalische Flüchtlinge in Abhängigkeitsstrukturen verwickelt, anstatt ihnen neue Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen. MANDERSON *et al.* (2000) weisen in ihrem Beitrag über Migrantinnen aus Bosnien und Herzegovina auf die fehlende Berücksichtigung ethnischer Identitäten in internationalen humanitären Projekten hin.

Persistenz und Aneignung

Die Bedeutung der Handlungsfähigkeit lokaler Akteure und ihres kreativen Potentials im Umgang mit global zirkulierenden Ideen und Praktiken wird in theoretischen Beiträgen zur Globalisierungsdebatte immer wieder betont. Dass aus lokaler Auseinandersetzung mit biomedizinischen Angeboten auch Persistenzprozesse und Neuarrangements entstehen, rücken KRISTINE KRAUSE und VIOLA HÖRST ins Zentrum ihrer Darstellungen. KRISTINE KRAUSE untersucht, wie eine Gruppe biomedizinisch ausgebildeter Fachkräfte christliche Heilpraxis mit biomedizinischer Behandlung in einer staatlichen Psychiatrie in Ghana verbindet und wie dieses Angebot von den Patienten angeeignet wird. Die Verbindung beider Behandlungsansätze wird dabei erst durch strukturelle Affinitäten zwischen christlichem und biomedizinischen Diskursen ermöglicht (KRAUSE 2003, 2004). KRAUSE zeigt in ihren Arbeiten auch auf, dass zur Erforschung der lokalen Umsetzung biomedizinischer Verfahren neben den subjektiven Aneignungen der beteiligten Akteure auch die Einflüsse religiöser und politischer Diskurse auf internationaler, nationaler und regionaler Ebene zu berücksichtigen sind.

Persistenzen und pragmatische Ambivalenzen betroffener Akteursgruppen betont VIOLA HÖRST in ihren Arbeiten (2002, 2003, 2004). Am Beispiel des heilkundlichen Spektrums bei den Cora in Westmexiko stellt sie die Prozesse der Verflechtung, Transformation und Ablehnung dar. HÖRST stellt die Dynamiken des Forschungsortes in den Mittelpunkt ihrer Arbeiten: Hierzu gehört ein Krankenhaus, in welchem die WHO-Strategie zur Kooperation zwischen „traditioneller Heilkunde“ und Biomedizin in zwei verschiedenen Behandlungstrakten umgesetzt wird. Diese institutionalisierte Form indigener Heilkunde stößt bei vielen Cora-Patienten, Heilern und biomedizinischen Repräsentanten auf Grenzen der Akzeptanz. Dies gilt jedoch auch für die örtliche Umsetzung biomedizinischer Behandlungen: Deren Universalitätsanspruch wird von vielen Cora auf selbstbewusste Weise durch die Beanspruchung globaler Wirksamkeit eigener heilkundlicher Praktiken auf individueller und sozialer Ebene begegnet. Die therapeutische Reichweite der biomedizinischen Praktiken im Krankenhaus wird dabei geringer eingestuft. Andererseits sind diese heilkundlichen Ansprüche nicht auf das Kerngebiet

der Cora begrenzt, denn Teilaspekte davon gelangen mit der Esoterikbewegung auch nach USA und Europa, wo sie wiederum örtlichen Aneignungen und damit einhergehenden Uminterpretationen unterliegen.

Süd-Nord, Süd-Süd- und Ost-West-Flüsse

Auch im heilkundlichen Bereich ist unter Globalisierung kein einseitiger Fluss vom Westen in den Süden zu verstehen, sondern sie beinhaltet ebenso Quer- und Rückflüsse, auch wenn diese durch Ausblendungen im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs um Globalisierung leicht übersehen werden (BAUMANN 2002: 111). HÖRST (2003, 2004) weist darauf, dass Globalisierungseffekte auch an nicht verschriftlichten, indigenen Konzepten zu beobachten sind. Die praktische Umsetzung kanonisierten Wissens wiederum stellt ROBERT FRANK in seinen Arbeiten zur *Globalisierung „alternativer“ Medizin* in den Vordergrund (FRANK 2004). FRANK untersucht die Rezeption von Homöopathie in Indien sowie die Aufnahme von Ayurveda in Deutschland und arbeitet deren jeweils lokal praktizierte Versionen heraus, die im Fall von Ayurveda etwa *sanfte Veränderungen* (OTTEN 1996) umfassen. Da es sich bei beiden Heilkunden um verschriftlichte Wissenssysteme handelt, erweist sich FRANKS Ansatz als hilfreich, die praktizierte Version der jeweiligen Heilkunde und nicht das kanonisierte Wissen in den Vordergrund zu stellen (FRANK 2004).

ELIZABETH HSU und ERLING HØG widmen (2002) der weltweiten Verbreitung asiatischer Heilkundeformen eine editierte Sonderausgabe der Zeitschrift *Anthropology & Medicine*. Asiatische Heilkunde wird in Afrika, Europa und USA in unterschiedlichen Formen angeeignet, praktiziert und konsumiert. Wie der Titel *Countervailing Creativity: Patient Agency in the Globalization of Asian Medicines* andeutet, stehen soziale Beziehungen als Gestaltungskräfte heilkundlicher Globalisierung im Vordergrund. In Anlehnung an ROBERTSON (1998) gehen die AutorInnen dabei vor allem vom Konzept der Glokalisierung aus: entsprechend der Vorstellung von Robertson erscheinen Differenzierungsprozesse asiatischer Medizinen als Transfer von Lokalität zu Lokalität bzw. Region zu Region. Zudem wird im Begriff der Glokalisierung die Rolle hoch mobiler Menschen bei Umgestaltungsprozessen betont. Dieses Untersuchungsfeld stellt ein zentrales

Anliegen der Herausgeber dar. So gehen die Einzelbeiträge auf unterschiedlicher Weise der Frage nach, inwieweit die Globalisierung asiatischer Heilkunden von Patienten und ihren Handlungskräften abhängt. Interdependenzen zwischen individuellen Akteuren (Heilern, Ärzten sowie Patienten) und größeren Netzwerken (Kliniken, Gesundheitssystemen und sozial-politischen Kontexten) werden anhand von Fallbeispielen aus Deutschland, England und Japan, Tibet und den USA, aber auch aus Tansania, Kasachstan und Russland analysiert.

Imaginierte heilkundliche Welten und ihre translokalen Aspekte

Anhand der von Hörbst angesprochenen, bei KRAUSE und FRANK eine zentrale Rolle spielenden Translokalisierung heilkundlicher Angebote lässt sich aufzeigen, wie das im sozialwissenschaftlichen Globalisierungsdiskurs wichtige Konzept der "imagined worlds" für medizinethnologische Ansätze produktiv gemacht werden kann. Geprägt wurde die Gedankenfigur "imagined worlds" von APPADURAI und zwar im Sinne multipler Welten, welche durch historisch situierte Imaginationen von Personen oder Gruppen über den Globus verteilt sind (APPADURAI 1990: 296f). Auch auf dem Gebiet der Heilkunde entfalten imaginäre Bezugnahmen ihre Wirkungen, in dem sie neuartige Bedeutungen und Zuordnungen schaffen, die losgelöst von ihren Ursprungslokalitäten in neue Handlungszusammenhänge eingepasst werden können. Aneignungsprozessen dieser "imagined worlds" im Rahmen deutscher biomedizinischer Lokalitäten widmen sich die Arbeiten von YVONNE ADAM und ELSBETH KNEUPER. Sie untersuchen, wie Zugriffe auf ethnologische Informationen in heilkundlichen Bereichen durch lokale Akteure umgesetzt und dabei verändert werden.

YVONNE ADAM fokussiert in ihrem Beitrag *Unterwegs von Ort zu Ort: Was MigrantenInnen und die Ethnologie zur Globalisierung beitragen* (ADAM 2000) auf interkulturelle Schulungen für Hebammen, welche für ihre Arbeit mit Migranten mittels ethnologischer Beispiele und Ansätze für kulturell unterschiedliche Bedeutungen sensibilisiert werden sollen (ADAM & STÜLB 2001). ADAM und STÜLB gehen der Frage nach, inwiefern die Ethnologie am Globalisierungsprozess selbst beteiligt ist, indem sie

die Produktion von "imagined worlds" über fremde Welten ankurbelt.

Mit den praktischen Aneignungen ethnologischer Forschung beschäftigt sich auch ELSBETH KNEUPER in ihrem Artikel *Die „natürliche“ Geburt – eine globale Errungenschaft?*. Die Idee der „natürlichen Geburt“ stellt KNEUPER als ein Konzept vor, das in den klassischen Regionen der ethnologischen Feldforschung verortet wird, hierzulande aber bei vielen Schwangeren als erstrebenswerte Richtlinie für die Geburt gilt. Damit verbunden werden im hiesigen geburtsmedizinischen Alltag eine Reihe unterschiedlicher Praktiken außereuropäischer Genese, die seitens der Geburtshilfe scheinbar akzeptiert werden. KNEUPER analysiert die Bedingungen und Voraussetzungen dieser Integration und fragt, von welchen Grundannahmen die in Schwangerschaftsratgebern suggerierte globale mütterliche Solidarität und Gemeinschaft jenseits kultureller Unterschiede geprägt sind.

Sowohl ADAM als auch KNEUPER arbeiten in ihren Beiträgen heraus, dass Elemente der als Utopie aufgefassten "imagined worlds" in die alltäglichen Praktiken eingearbeitet werden. Dabei fallen sie auf keinen neutralen Boden, sondern werden im allgemeinen Rahmen biomedizinischen Wissens seitens der Schwangeren, aber auch seitens der geschulten Experten in bestehende Grundkategorien eingebettet. Sie zeigen – ähnlich wie DELIUS und KNIPPER – einerseits die Integrationsgrenzen der Biomedizin auf, andererseits beziehen sie sich auch auf den Aspekt der Translokalisierung, wie ihn ULRICH BECK verwendet (HADOLT & LENGAUER 2003: 93). Dieser Begriff der Translokalisierung steht bei BERNHARD HADOLT und MONIKA LENGAUER im Zentrum ihres Beitrages. Unter dem Titel *Jenseits lokaler Eindeutigkeit: Forschungsnotizen zu In-Vitro-Fertilisation in Österreich* analysieren sie die reproduktionspraktische Situation in einem Wiener Krankenhaus (vgl. HADOLT & LENGAUER 2003). Während im Rahmen der IVF-Behandlungen Konzeptionen, Handlungsabläufe und Erfahrungen seitens der Experten stärker im Lokalen der Klinikabläufe verhaftet bleiben, gehen sie für die IVF-Betroffenen weit über die Klinik hinaus und haben translokale Dimensionen. Im Gegensatz dazu erscheint die in der Klinik betriebene Biomedizin als Handlungsfeld, das wesentlich stärker mit einer Örtlichkeit verhaftet ist. Wie HADOLT und LENGAUER feststellen, steht dies im Widerspruch dazu, dass „die Biomedizin“ vom Loka-

len losgelöst als „das Globale“ anderen Heilkunden, die vermeintlich für „das“ begrenzte Lokale stehen, entgegengestellt wird (ebd.: 93).

4.2 Vernachlässigte Forschungsbereiche

Nicht umsonst wird die Überbrückung von räumlicher und zeitlicher Distanz als wesentlicher Motor gegenwärtiger Globalisierungsprozesse betrachtet und in engen Zusammenhang mit neuen Kommunikationstechniken und gestiegenen Transportmöglichkeiten gebracht. Beide Aspekte stehen im heilkundlichen Bereich bspw. mit Migration und Telemedizin, mit medizinischem Tourismus und Altern in Verbindung. Doch zählen gerade diese Thematiken zu den vernachlässigten Forschungsfeldern in der Medizinethnologie. Zwar wird der Themenbereich Migration und Gesundheit seit Ende der 1970er Jahre zunehmend untersucht, allerdings dominieren Studien über erschwerte Zugangsmöglichkeiten von MigrantInnen zu den Gesundheitssystemen der Aufnahmeländer bzw. über migrationspezifische und damit verbundene kulturgebundene Störungen¹¹. Wurde noch in den 1980ern kulturspezifisches Wissen gefordert, um den Bedürfnissen von MigrantInnen gerecht zu werden, wird heute der Fokus mehr auf den jeweils spezifischen Kontext gerichtet, in dem der Umstand der Migration als Element unter anderen, wie bspw. Geschlecht, soziale Schicht und aufenthaltsrechtlicher Status, betrachtet wird (VERWEY 2003: 284). MARTINE VERWEY bezeichnet diese Entwicklung als einen Wechsel von einer kulturspezifischen zu einer migrationspezifischen Perspektive. Sie kritisiert dabei zu Recht, dass ein veränderter Kulturbegriff der Ethnologie – wie er einleitend zu unserem Beitrag skizziert wurde – erst allmählich Eingang in medizinethnologische Forschungsperspektiven zur Migration findet (VERWEY 1994, 2003). Vielleicht ist dies einer der Gründe dafür, warum sich zwar seit etwa zwei Jahrzehnten medizinethnologische Arbeiten zur Migration mehren, die explizite Verbindung mit globalisierungstheoretischen Ansätzen vor allem in der deutschsprachigen Literatur aber fehlen.

Ein weiterer vernachlässigter Aspekt des Themas Migration, das sowohl die Globalisierung von Wissen, als auch transkulturelle und transnationale Vernetzungen durch Akteure betrifft, stellt die Mi-

gration von Gesundheitspersonal und heilkundlichen Experten dar. In Großbritannien bspw. übertraf die Anzahl der Krankenschwestern und Pfleger, die aus sogenannten Dritte-Welt-Ländern kommen, in den letzten Jahren jene der in Großbritannien geborenen Fachkräfte. Migranten gestalten als Versorgende westliche Gesundheitssysteme aktiv mit. Inwiefern sie als Experten auch Praktiken, Ideen aus dem Süden in den Norden transferieren und einbinden untersucht Kristine Krause in ihrem gegenwärtigen Forschungsprojekt mit Migranten aus Westafrika. Der Austausch von heilkundlichen Experten muss auch im Zusammenhang mit politischen Machtkonstellationen gesehen werden. Die Bedeutung, die z.B. die Sowjetunion oder Kuba in medizinischen Unterstützungsprogrammen für afrikanische Länder gespielt hat und daraus noch immer bestehende Austauschbeziehungen stellen ebenfalls eine Lücke in der bisherigen Forschung dar¹².

Auch die „Bewegung in der Zeit“, d.h. Altern und Älterwerden, wurden in Verbindung mit Globalisierungsansätzen in der Medizinethnologie bislang vernachlässigt. PETER VAN EEUWIJK hat dazu einige Artikel vorgelegt (VAN EEUWIJK 2003a, 2003b). Im seinem Überblicksartikel (2003b) zum Thema „Alter“ gibt er eine Darstellung des ethnologischen Forschungsstandes und konzentriert sich dann auf die Gesundheitstransformationen in Ländern des Südens, vor allem in Asien. Dort weisen demographische Prozesse in eine ähnliche Richtung wie in Europa und Nordamerika: immer mehr alte Menschen und immer weniger junge werden die Gesellschaften von morgen bilden (VAN EEUWIJK 2003a: 233f). Bezüglich der stattfindenden „globalen Gesundheitstransformation“ existiert vor allem ein Forschungsbedarf hinsichtlich epidemiologischer Veränderungen und ihren Folgeerscheinungen. Denn die Wohlfahrtskrankheiten des Nordens betreffen – verwandelt in Armutskrankheiten – ebenso alte Menschen in Ländern des Südens (VAN EEUWIJK 2003a: 234). In Afrika hingegen fehlen aufgrund von AIDS-Erkrankungen heute schon ganze Altersklassen, was sich nicht nur für Kinder, sondern vor allem auch für älter werdende Menschen dramatisch auswirkt. Die Versorgung der Enkel lastet finanziell und praktisch auf den alten Menschen, die zu ihrer eigenen Altersabsicherung nötige Arbeitskraft der nachfolgenden Generation fehlt jedoch (WOLF 2004). Entsprechend ist in diesem Zusammenhang an Möglichkeiten und Nützlichkeiten

staatlicher sozialer Versicherungssysteme in Afrika zu denken. Unter Leitung von MICHAEL NIECHZIAL forscht ANGELIKA WOLF derzeit in einem in Bayreuth angesiedelten Projekt zu lokalen Versicherungsiniciativen im Senegal. NIECHZIAL und WOLF gehen der Frage nach, wie sich lokale Gemeinschaften und individuelle Akteure mit verschiedenen westlichen Modellen gesundheitlicher Sicherung auseinandersetzen und zu welchen Ergebnissen sie kommen. Da gerade ökonomische Globalisierungsprozesse als Schwächungsfaktoren für staatliche Gesundheitssysteme Europas, bspw. das deutsche, immer wieder genannt werden (BAUCH 2000: 63f, 75f), ist auch zu klären, inwieweit derartige Auswirkungen Hindernisse beim Aufbau sozialer Versicherungssysteme in ärmeren Regionen der Welt darstellen (vgl. KLOCKE-DAFFA 1999).

Ein anderer Aspekt, der mit wirtschaftlichen Schwächen staatlicher Gesundheitssysteme verknüpft wird, ist der Medizintourismus, den wir anhand verschiedener Beispiele auf den ersten Seiten unseres Artikels streiften. Nehmen zwar Reportagen aus deutscher Sichtweise zu diesen Phänomenen zu, so fehlen unseres Wissens systematische medizinethnologische Forschungsergebnisse, die derartige Prozesse im Rahmen von Globalisierungsperspektiven erfassen, fast noch gänzlich.

Einem Teilbereich dieser Thematik widmet sich ein Forschungsprojekt von SILKE ETTLING (LMU München) an einer süddeutschen Klinik: Mit der Behandlung zahlungskräftiger PatientInnen vor allem aus den Golfstaaten und aus Russland hat sich für das in der Krise steckende deutsche Krankenhauswesen ein neuer Dienstleistungssektor entwickelt. Wie Ärzte, Pflegende und Therapeuten mit dieser Situation umgehen, mit welchen Erwartungen arabische Medizintouristen nach Deutschland kommen und welche Erfahrungen sie bei ihrer Behandlung hier vor Ort machen, sind zentrale Fragen, die durch das Forschungsprojekt von SILKE ETTLING geklärt werden sollen.

Ähnlichen Fragestellungen geht auch VIOLA HÖRST im Rahmen ihres gegenwärtigen Forschungsprojektes zu Unfruchtbarkeit, ihre Konzeption und sozialen Konsequenzen für Frauen in Mali nach. Hochtechnisierte Reproduktionsmedizin wird zwar zunehmend in ärmere Nationen exportiert, doch unterliegen die damit verbundenen Therapien teilweisen Einschränkungen. Inwiefern betroffene Frauen in Mali reproduktionstechnologische Maß-

nahmen im Inland, im innerafrikanischen oder im europäischen Ausland durchführen lassen und welche Konsequenzen sich daraus ergeben, stellt einen Themenbereich des Projektes von HÖRST dar.

In Bewegung im heilkundlichen Bereich sind jedoch nicht nur Menschen, sondern auch Ideen. Verbunden ist damit ein ebenfalls wenig erforschter Bereich: die Telemedizin. Darunter wird die Übertragung medizinischer Informationen durch Kommunikationsmittel wie das Internet, Telefon, Satellit, Video etc. verstanden ebenso wie durch diese Techniken vermittelte Arzt-Patienten-Konsultationen, bei denen sich die unmittelbar Beteiligten räumlich weit voneinander entfernt befinden (BAUCH 2000: 71f; SINHA 2000: 291; CARTWRIGHT 2000: 242). Zu Beginn der telemedizinischen Entwicklung Ende der 1950er versprach man sich eine bessere Versorgung von Bevölkerungsgruppen in ländlichen Gegenden und so genannten Dritte Welt Ländern, durch medial transferierte Diagnosen von Spezialisten in abgelegene und biomedizinisch weniger gut versorgte Bereiche. Damit war die Hoffnung auf eine Verringerung der Behandlungskosten verbunden, z.B. durch die Einsparung der Transportwege (CARTWRIGHT 2000: 243). Seit den 1970er Jahren gab es verschiedene Pilotprojekte z.B. in Afrika, wo versucht wurde, das Wissen von Spezialisten via Telekommunikationseinrichtungen zu implementieren. Vorangetrieben wurde dies vor allem durch wirtschaftliche Interessen bezüglich der Erschließung neuer medizinischer Märkte (vgl. CARTWRIGHT 2000: 242, 247; SINHA 2000: 302f). Die genannten Visionen erwiesen sich im Zuge der zunehmenden Privatisierung staatlicher Gesundheitssysteme und des vermehrten Warencharakters von Gesundheit jedoch als Trugschluss. Telemedizin bleibt in der Dritten Welt eher elitären Kreisen vorbehalten (CARTWRIGHT 2000: 244f, 249; SINHA 2000: 302). In Bezug auf die mögliche Emanzipierung von Patienten und eine Demokratisierung der Machtverhältnisse im Arzt-Patienten-Verhältnis ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Internetforen sehr wohl eine emanzipative Wirkung haben, indem Menschen sich zu neuen virtuellen Gemeinschaften von Betroffenen zusammenfinden und sich bezüglich politischer Fragen oder Forderungen einfacher vernetzen können (vgl. HENWOOD *et al.* 2003; GILLET 2003). Forschungen, die untersuchen, wie mediale Repräsentationen von Heilkunde regional, national und transnational Einfluss nehmen auf Patien-

ten, Therapeuten und Institutionen stecken noch in den Kinderschuhen. Gleiches gilt für Untersuchungen, die der Ausbildung neuer therapeutischer Gemeinschaften durch mediale Repräsentationen nachgehen (SEALE 2003).

5. “On the move” in Raum und Zeit

Zu Beginn des Artikels stellen wir die Frage, wie sich die heilkundliche Globalisierung aus medizinethnologischer Perspektive darstellt. Aus unserem Streifzug durch Literatur und Forschung ergab sich, dass unterschiedliche Thematiken in diesem Zusammenhang untersucht werden. Nicht wenige Themenfelder warten aber noch auf eine fundierte Bearbeitung. Die zweite eingangs gestellte Frage bezog sich auf analytische Neuerungen, die sich aus theoretischen Ansätzen zur Globalisierung für medizinethnologische Betrachtungen eröffnen. Wie sich medizinethnologische Themenfelder mit kritischer Distanz zu bisherigen Konzepten, wie etwa dem Medizinischen Pluralismus, gestalten möchten wir im Folgenden aufzeigen.

5.1 Analytische Grenzen des Medizinischen Pluralismus

Obwohl der Begriff des Medizinischen Pluralismus auf den ersten Blick sinnvoll erscheint, um eine weltweite Pluralisierung heilkundlicher Praktiken zu untersuchen, wie sie durch Globalisierungsprozesse entsteht, ist er in jüngster Zeit stark in die Kritik geraten. Eingeführt wurde der Begriff 1976 von CHARLES LESLIE, um die Vielfalt gleichzeitig existierender Medizinsysteme in asiatischen Ländern analytisch besser zu fassen (LESLIE 1976). Dies löste rege Forschungen aus und es wurde anerkannt, dass Menschen in allen Teilen der Welt mehr als ein Medizinsystem parallel nutzen (JANZEN 1979; OHNUKI-TIERNEY 1984; CRANDON-MALAMUD 1991; JOHANNESSEN 2004). Doch weist das Konzept ähnliche problematische Implikationen auf, wie ein territorial gebundener Kulturbegriff: Der Medizinische Pluralismus impliziert in sich abgeschlossene und territorial gebundene heilkundliche Systeme. Damit kann konzeptuell aber nicht erfasst werden, wie verschiedene Wissenssysteme durch die Praktiken von Akteuren neu miteinander verbunden wer-

den. Das Konzept des Medizinischen Pluralismus unterstützt die bereits problematisierte Vorstellung einer dichotomen Gegenüberstellung von „Biomedizin“ und „traditionellen Heilkunden“.

In den 1990er Jahren konzentrierten sich die Forschungen eher auf die subjektiven Befindlichkeiten von Akteuren, die Konstruktion von Körperzuständen und Leiblichkeit (CSORDAS 1994; JOHANNESSEN 2004). Dies führte jedoch dazu, dass die Eingebundenheit medizinischer Praktiken in nationale Interessen und global-politische Bedingungen vernachlässigt wurden (HÖRST & WOLF 2003: 21; JOHANNESSEN 2004; LOCK, NICHTER 2002; OBRIST VAN EEUWIJK 2003a, 2003b; KRAUSE 2004). Zu diesen gehören die Hierarchisierungen von Wissen auf regionaler, nationaler und transnationaler Ebene sowie wirtschaftliche, ideologische und politische Querverbindungen, wie sie durch kapitalstarke und mit politischen Machtbefugnissen ausgerüsteten Institutionen (WHO, Weltbank etc.) geschaffen werden. Auch wenn Patienten innerhalb globaler Beziehungen vergleichsweise „mittellos“ erscheinen, treiben sie ebenfalls Veränderungen und Verquickungen im Gesundheitsbereich voran oder hemmen sie. Vor diesem Hintergrund liegt die Herausforderung für die medizinethnologische Forschung nun gerade darin, zu untersuchen, wie die Netzwerke von Akteuren territoriale Grenzziehungen durchdringen und Wissenssysteme, Institutionen und Machtbereiche verbinden. Dadurch werden nicht vorhersehbare dynamische Zusammenspiele gestaltet, welche das Modell des medizinischen Pluralismus alleine nicht erklären kann.

5.2 Medicoscapes

Wie unser Streifzug durch die medizinethnologische Literatur ebenfalls zeigte, lassen sich weder biomedizinische Konzeptionen und Praktiken als einzig „globale Phänomene“ noch Heilkunden fremdkultureller Genese nur als „lokale“ Phänomene beschreiben. Ihre spezifischen Reichweiten werden jedoch vom Zusammenspiel politischer, ökonomischer, finanzieller und kultureller Kräfte auf regionaler, nationaler und transnationaler Ebene bestimmt. Die Verflechtungen dieser Kräfte in konkreten Lokalitäten bewirken zum Teil widersprüchliche Ergebnisse und Effekte von Globalisierung. TSING schlägt vor, diese Varianzen im theoretischen

Modell von Globalisierung wiederzugeben. Entgegen der subtilen Vorgabe durch die vielfach kritisierte Weltsystemtheorie ist Globalisierung auf empirischer und analytischer Ebene nicht wie bisher im Singular, sondern vielmehr im Plural zu denken (TSING 2002: 469ff).

Um dieser Problemstellung gerecht zu werden, und die im Sammelband der AG beschriebenen Beispiele unter einem analytischen und deskriptiven Begriff fassen zu können, greifen die Herausgeberinnen ANGELIKA WOLF und VIOLA HÖRST auf einen theoretischen Entwurf von ARJUN APPADURAI zurück: Sein zentrales Anliegen ist die Erforschung von Beziehungsdynamiken zwischen fünf Dimensionen, die er in Globalisierungsprozessen ausmacht, und als *ethnoscapes*, *mediascapes*, *technoscapes*, *financescapes* und *ideoscapes* unterscheidet (APPADURAI 2002: 50). Das Suffix "scapes" wird von Appadurai zwar mit „Strömen“, „Räumen“ oder „Landschaften“ gleichgesetzt. In seiner von Appadurai konzipierten Form ist "scapes" dennoch schwer in einen deutschen Begriff zu fassen, vereint es doch linguistische Bedeutungen im Sinne von losem „Wurzelgeflecht“ oder „Rhizoma“ (DELEUZE & GUATTARI 1977) mit Konnotationen von Flucht und Eskapade. In dieser Bezugnahme verweist das Suffix auf die irreguläre Gestalt der Dimensionen (APPADURAI 2002: 50). Impliziert wird, dass es keine objektiv gegebenen Verbindungen sind, die sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln heraus gleichförmig darstellen, sondern dass es perspektivenabhängige Gebilde sind, deren Abbildungsergebnis sich ändert, je nach historischer und politischer Eingebundenheit verschiedener Akteure. Zu diesen Akteuren zählt APPADURAI Nationalstaaten, multinationale Konzerne, diasporische Gemeinden, subnationale Gruppen und Bewegungen religiöser, politischer und ökonomischer Ausrichtung ebenso wie Dörfer, Nachbarschaftsgruppen und Familien (APPADURAI 2002: 50f).

In unserem Zusammenhang ist an diesem Konzept besonders interessant, dass es dynamische Prozesse von Beziehungen unterschiedlicher Akteure in den Vordergrund stellt. Jenseits struktureller Netzwerke werden dadurch sozial hergestellte diffuse Beziehungsgeflechte beschreibbar, die sich über die ganze Welt spannen. Durch sie entstehen transnationale und translokale soziale Felder, welche APPADURAI als *ethnoscapes* bezeichnet.

HÖRST und WOLF schlagen vor, auch von einem *medicoscape* auszugehen:

„In Anlehnung an APPADURAI verstehen wir darunter weltweit verstreute Landschaften von Personen und Organisationen im heilkundlichen Bereich, welche sich lokal verdichtet an einem Ort darstellen können, aber zugleich räumlich weit entfernte Orte, Personen und Organisationen miteinander verbinden. Dazu zählen unter anderem international Therapie suchende und Therapie offerierende Personen, weltweit agierende Pharmakonzerne, die WHO als globaler Wächter der Biomedizin, Organisationen so genannter traditioneller Heiler, regionale Heilpraktiken und deren Aufnahme an anderen Orten, global verbreitete Therapieformen sowie Organisationen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit in medizinischen Bereichen.“ (HÖRST & WOLF 2003: 4)

Aus dem Konzept *medioscapes* ergeben sich methodische Vorteile: Neben einer Konkretisierung der global-lokalen Verknüpfung, umfasst dies die Einbeziehung von Wirkungsgeflechten zwischen verschiedenen Formen von Akteuren, welche neben Menschen auch staatliche und transnationale Institutionen umfassen können. Zugleich wird damit die territoriale Eingrenzung von Kulturen überwunden, Lokalitäten als konkreten Orten dennoch großes Gewicht eingeräumt. Im Gegensatz zu makrotheoretischen Ansätzen steht die jeweils unterschiedliche Situiertheit der Akteure dabei im Vordergrund der Analyse.

Wie die Beispiele aus der Fachliteratur zeigen, durchdringen Globalisierungsprozesse über territoriale Kategorien und soziale Akteursgemeinschaften hinweg heilkundliche Konzeptionen und Praktiken und verändern sie in ihren Erscheinungsformen. Insofern sind *medioscapes* als übergeordnetes Konzept zu verstehen, um das heilkundliche Geflecht verschiedener Akteure zu benennen, das den Globus überzieht.

Medioscapes unterscheiden sich jedoch von den anderen *scapes* durch die existentiellen Anliegen, die in ihnen verhandelt werden. Die Beeinträchtigung von Gesundheit, welche als Kranksein wahrgenommen wird, und die hierdurch implizierte Erfahrung der Sterblichkeit stellt eine universelle Dimension des Menschseins dar. Die Suche nach Linderung der Leiden betrifft Menschen ebenfalls weltweit. Kulturelle Konstruktion und Erfahrung von Krankheit, Heilung und Sterben unterliegen

aber unterschiedlichen lokalen Bedeutungen und Umsetzungen. Menschen sind in der Suche nach Besserung der Leiden und in der Beurteilung der an ihnen vollzogenen Behandlungen auf ihre leibliche Erfahrung zurückgeworfen. Daraus ergibt sich ein pragmatischer Umgang mit therapeutischen Angeboten.

Die von APPADURAI vorgestellten fünf Dimensionen der *ethnoscapes*, *mediascapes*, *technoscapes*, *financescapes* und *ideoscapes* reichen jeweils in die *medicoscapes* hinein und überlappen sich mit diesen. In der sozialwissenschaftlichen Betrachtung geraten die im Gesundheitssektor wirkenden *financescapes*, *technoscapes* und *mediascapes* gerne aus dem Blickfeld. Daher ist es dringend nötig, das Wirkungsverhältnis dieser Bereiche explizit als Teil des medizinethnologischen Feldes zu begreifen.

6. Moving on?

Die heterogenen aber konkreten Prozesse von Globalisierung im heilkundlichen Bereich, wie sie in der jüngeren Forschungsliteratur aufgegriffen werden, zeigen, dass ein differenzierter Globalisierungsbegriff einen spezifischen analytischen Zugriff erforderlich macht, um die vielfältigen regionalen, nationalen und transnationalen Machtsphären, wie sie sich im Lokalen verbinden und aus Sicht lokaler Akteure verstanden werden, einzubeziehen. Wenn heilkundliche Handlungen tatsächlich in Hinsicht auf ihre weiterreichenden Legitimationsstrategien und Wirkungen untersucht werden, ist es nicht mehr möglich, beispielsweise nur die Biomedizin als „das Globale“ zu verstehen, dem fremdkulturelle Heilkunden als „das Lokale“ gegenüber gestellt werden. Medizinische Systeme als in sich weitgehend abgeschlossene und bestimmten Territorien zugehörige Gebilde zu konzipieren, wie es das Konzept des Medizinischen Pluralismus suggeriert, ist für diese Anliegen ungeeignet. Die Handlungsebenen von Akteuren einbeziehend eröffnet sich im Konzept von *medicoscapes* ein erweiterter Analyse-rahmen für die im Plural zu denkenden und sich konstituierenden Prozesse translokaler Verflechtungen. Akteure und Orte als spezifische Lokalitäten bilden dennoch Angelpunkte für die empirisch und analytisch an der Ethnologie orientierte Herangehensweise medizinethnologischer Forschung. An-

gesichts der weltweiten Entwicklungen, die sich in den Untersuchungsfeldern der Medizinethnologie teilweise besonders drastisch zeigen, ist es angebracht, den Verführungen des Globalisierungsbegriffes nicht zu verfallen, sondern in ethnographischer Genauigkeit den Umgang von Menschen mit negativen und positiven Befindlichkeiten, mit Leiden, Genesung, Tod und Geburt zu folgen und zwar im Machtspiel lokaler und globaler Kräfte.

Anmerkungen:

1. Unter Biomedizin verstehen wir gemäß HAHN und KLEINMAN (1983: 305f) eine Medizin, deren Wissens- und Handlungsspektrum sich an den Naturwissenschaften mit der Biologie als Leitwissenschaft ausrichtet.
2. Den Terminus Heilkunde gebrauchen wir für alle Formen von Medizin, sowohl für die Biomedizin als auch für Heilformen, die der Biomedizin üblicherweise als alternativ, heterodox, holistisch, primitiv etc. gegenübergestellt werden. Mit dieser Verwendung des Begriffes versuchen wir die aus der Gegenüberstellung resultierende Dichotomisierung zu vermeiden (vgl. HÖRST, WOLF 2003: 3).
3. HANNERZ (2003: 2) plädiert deshalb für eine Einteilung der verschiedenen „Globalisierungsschübe“ in Perioden, um quantitative und qualitative Unterschiede nicht zu übergehen.
4. Zum deterritorialiserten Kulturbegriff siehe bspw. APPADURAI 1998, 1990; CLIFFORD 1986, 1988; GUPTA, FERGUSON 1997, 1999a, 1999b; HANNERZ 1992; 1996; WELZ 1998.
5. „Hybridisierung“ (BHABHA 1994), „Indigenisierung“ (APPADURAI 1990), „Mélange“ (PIETERSE 1998) oder „Synkretismus“ (SHAW & STEWART 1994) etc. sind Begriffe, die im Zusammenhang mit Mischungsverhältnissen des Lokalen im Globalen und vice versa geschaffen oder uminterpretiert worden sind. Bezüglich Heilkunde vgl. hierzu HØG & HSU 2002 sowie FRANK 2004 und FRANK & STOLLBERG 2004.
6. Innerhalb der medizinethnologischen Arbeiten wurde diese Thematik vernachlässigt. Tiefergehend beschäftigte sich MOERMAN (2003) mit diesem Thema.
7. Zu nennen sind bspw. die Beiträge in LOCK & GORDON (1988), LINDENBAUM & LOCK (1993) oder LACHMUND & STOLLBERG (1992). Neuere Forschungen beschäftigen sich etwa mit Gentechnologie und ihrer Auswirkung auf Verwandtschaftsvorstellungen (BECK 2000) oder die Veränderungen der Wahrnehmung, Erfahrung und Konzeption von Tod und Leben durch Organtransplantation (HAUSER-SCHÄUBLIN *et al.* 2001).
8. BECK (1999) unterscheidet ökonomische, ökologische, arbeitsorganisatorische, kommunikationstechnische, kulturelle und zivilgesellschaftliche Dimensionen in den Globalisierungsprozessen
9. Siehe hierzu GEEST, WHYTE & HARDON 1996; BIRUNGI & WHYTE 2000 und Hinweise in WHYTE *et al.* 2002, WHYTE 2002 sowie CRAIG 2000.

10. Siehe hierzu auch einen Überblicksartikel von OBRIST VAN EEUWIJK (2003b), in welchem die Autorin die Politisierung der Ethnologie und ihre Folgen für eine ethnologische Arbeit im Rahmen internationaler Gesundheitspolitik bespricht (s.a. OBRIST *et al.* 2003c).
11. Vgl. BOLLINI, SIEM 1995 und das von KROEGER & PFEIFER 1986 herausgegebene *curare*-Schwerpunktheft zu Migration, das Beiträge von biomedizinischen, psychologischen, sozialpädagogischen und sozialwissenschaftlichen Experten umfasst (*curare* 9,2: 65-230).
12. KATRIN HANSING und HAUKE DORSCH (Universität Bayreuth) untersuchen in einem laufenden Forschungsprojekt die Süd-Süd-Verbindungen zwischen Kuba und afrikanischen Staaten.

Literatur:

- ADAM Y. 2000. *Unterwegs von Ort zu Ort: Was MigrantInnen und die Ethnologie zur Globalisierung beitragen*. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.
- , STÜLB M. 2001. Zwischen Multikulturalismus und Individualität. "Culture shopping" von Hebammenschülerinnen und Migrantinnen in einem medizinethnologischen Unterrichtsprojekt. In ALSHEIMER, R. (Hg). *Körperlichkeit und Kultur 2001*. (Volkskunde & Historische Anthropologie 7). Bremen: Universitätsbuchhandlung: 11-25.
- ALT J. 2003. *Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex „illegale“ Migration*. Karlsruhe.
- ANDERSON P. 2003. „Dass Sie uns nicht vergessen ...“ *Menschen in der Illegalität in München*. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München. München: Landeshauptstadt München.
- APPADURAI A. 1990. Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. *Public Culture* 2,2: 1-24.
- . 1998. Globale ethnische Räume. Bemerkungen und Entwicklung einer transnationalen Anthropologie. In BECK, U. (Hg) a.a.O.: 11-40.
- . 2002. Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. In: INDA, ROSALDO (Hg), op. cit.: 46-63.
- BAER H. A., SINGER M., SUSSER I. 1997. *Medical Anthropology and the World System. A critical Perspective*. Westport: London.
- BAUCH J. 2000. Die Auswirkungen der Globalisierung auf Struktur und Funktion des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. In BAUCH J. *Medizinsoziologie*. Wien und München: 59-82.
- BAUMANN G. 2002. Fünf Verflechtungen im Zeitalter der „Globalisierung“: Migranten und Ethnologen in nationalen und transnationalen Kräftefeldern. In HAUSER-SCHÄUBLIN B., BRAUKÄMPER U. (Hg): *Ethnologie der Globalisierung*. Berlin: 111-125.
- BECK S. 2000. Reflexible Körper. Anmerkungen zur Transformation von Gesundheitsverständnissen und Verwandtschaftsverhältnissen durch humangenetisches Wissen. In BREDNICH R. W. *et al.* (Hg). *Natur – Kultur. Volkskundliche Perspektiven auf Mensch und Umwelt*. Berlin, Münster: 31-45.
- BECK U. (Hg) 1998. *Perspektiven der Weltgesellschaft*. Frankfurt am Main.
- . 1999: *Was ist Globalisierung?* Frankfurt am Main.
- BHABHA H. K. 1994. *The Location of Culture*. London.
- BIRUNGI H., WHYTE S. R. 2000. The Business of Medicines and the Politics of Knowledge in Uganda. In WHITEFORD L. M., MANDERSON L. (Eds), op. cit.: 127-149.
- BOLLINI P., SIEM H. 1995. No Real Progress towards Equity. The Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000. *Social Science and Medicine* 41: 819-828.
- CARTWRIGHT L. 2000. Reach Out and Heal Someone. Rural Telemedicine and the Globalization of U.S. Health Care. In BRODWIN P. E. (Hg): *Biotechnology and Culture: Bodies, Anxieties, Ethics*. Bloomington: 241-263.
- CASTELS M. 2001. *Der Aufstieg der Netzwerkgesellschaft. Band 1. Das Informationszeitalter*. Opladen.
- CLIFFORD J. 1986. Introduction: Partial Truths. In CLIFFORD J., MARCUS G. E. (Eds) *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley, Los Angeles, London: 1-26.
- . 1988. *The Predicament of Culture. Twentieth Century Ethnography, Literature and Art*. Cambridge.
- CRAIG D. 2000. The King's Law stops at the Village Gate: Local and Global Pharmacy Regulation in Vietnam. In WHITEFORD, L. M., MANDERSON, L. (Eds), op.cit: 105-126.
- CRANDON-MULAMUD, L. 1991. *From the Fat of Our Souls: Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia*. Berkeley.
- CSORDAS, T.J. (Ed) 1994. *Embodiment and Experience: Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge.
- DELEUZE, G., GUATTARI, F. 1977. *Rhizom*. Berlin.
- DELIUS M. 2003. Befindlichkeit im Wochenbett – globaler Körper und sozialer Kontext. In WOLF A., HÖRST V. (Hg), a.a.O.: 129-151.
- DIESFELD H.-J. 1996. Die Entwicklung der WHO. Von der Seuchenbekämpfung zum "Primary-Health-Care"-Konzept. In SCHOTT H. (Hg): *Meilensteine der Medizin*. Dortmund: 571-584.
- DILGER H. 2003: Mit Hoffnung leben: AIDS und Religion im urbanen Tansania. In WOLF A., HÖRST V. (Hg), a.a.O.: 177-202.
- EEUWIJK P VAN. 2000. Health Care from the Perspectives of Minahasa Villagers, Indonesia. In WHITEFORD L. M. & MANDERSON L. (Eds), op.cit.: 79-104.
- . 2003a. Urban Elderly with chronic illness: local understandings and emerging discrepancies in north Sulawesi, Indonesia. *Anthropology & Medicine* 1, 3: 325-341.
- . 2003b. Alter, Gesundheit und Health Transition in Ländern des Südens. Eine ethnologische Perspektive. In LUX T. (Hg), a.a.O.: 228-251.
- FRANK R. 2004: *Globalisierung „alternativer“ Medizin. Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien*. Bielefeld: transcript.
- FRANK R., STOLLBERG G. 2004. Conceptualizing Hybridization. On the Diffusion of Asian Medical Knowledge to Germany. *International Sociology* 19, 1: 71-88.
- FRANKLIN S. 1995. Science as Culture, Cultures of Science. *Annual Review of Anthropology* 24: 163-342.
- . & RAGONÉ H. (Eds) 1998. *Reproducing Reproduction. Kinship, Power, and Technological Innovation*. Philadelphia.
- GEEST S. VAN DER, WHYTE S. R., HARDON A. (Eds) 1996. The Anthropology of Pharmaceuticals. *Annual Review of Anthropology* 25: 153-178.
- GIDDENS A. 1995. *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt am Main.
- GILLET J. 2003. Media activism and Internet use by people with HIV/AIDS. *Sociology of Health & Illness* 25, 6: 608-624.

- GINSBURG F., RAPP R. (Eds) 1995. *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Berkeley, Los Angeles, London.
- GLICK SCHILLER N., BASCH L., BLANC-SZANTON CH. (Eds) 1992. *Towards a Transnational Perspective on Migration. Race, Class, Ethnicity, and Nationalism Reconsidered*. New York.
- , ———. (Eds) 1999: From Immigrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration. In PRIES L. (Eds). *Migration and transnational Social Spaces*. Aldershot: 73-103.
- GUPTA A., FERGUSON J. (Eds) 1997. *Anthropological Locations. Boundaries and Grounds of a Field Science*. Berkeley, London, Los Angeles.
- , ———. (Eds) 1999a: Culture. Power. Place: Ethnography at the End of an Era. In GUPTA A., FERGUSON J. (Eds): *Culture, Power, Place. Explorations in Critical Anthropology*. Durham, London: 1-29.
- , ———. 1999b. Beyond «Culture»: Space, Identity, and the Politics of Difference. In GUPTA A., FERGUSON J. (Eds), op.cit: 33-51.
- , ———. (Eds) 1999c. *Culture, Power, Place. Explorations in Critical Anthropology*. Durham, London.
- HADOLT B., LENGAUER M. 2003. Jenseits lokaler Eindeutigkeit: Forschungsnotizen zu In-Vitro Fertilisation in Österreich. In WOLF A., HÖRST V. (Hg), a.a.O.: 85-106.
- HAHN R. A., KLEINMAN A. 1983. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology* 12: 305-333.
- HANNERZ U. 1992. *Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning*. New York.
- . 1995. „Kultur“ in einer vernetzten Welt. Zur Revision eines ethnologischen Begriffes. In KASCHUBA, W. (Hg): *Kulturen – Identitäten – Diskurse. Perspektiven Europäischer Ethnologie*. Berlin: 64-84.
- . 1996. *Transnational Connections. Culture, People, Places*. London.
- . 1999. Epilogue: On Some Reports from a Free Space. In MEYER B., GESCHIERE P. (Eds): *Globalization and Identity. Dialectics of Flow and Closure*. Oxford: 325-329.
- . 2003. Flows, Boundaries and Hybrids: Keywords in Transnational Anthropology. (WPTC-2K-02; Department of Social Anthropology Stockholm University), unter: <http://www.transcomm.ox.ac.uk/working-papers/hannerz> 15.01.2004. Zuerst erschienen 1997: Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional. *Mana* 3, 1: 7-39.
- HAUSER-SCHÄUBLIN B. et al. 2001. *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt, New York.
- HENWOOD F. ET AL. 2003. "Ignorance is bliss sometimes": constraints on the emergence of the "informed patient" in the changing landscapes of health information. *Sociology of Health & Illness* 25, 6: 589-607.
- HESS D. J. 1992. Introduction: The new Ethnography and the Anthropology of Science and Technology. In HESS D. J., LAYNE L. L. (Eds): *The Anthropology of Science and Technology*. London: 1-26.
- HÖG E., HSU E. 2002. Introduction. In HSU E., HÖG E. (Eds). *Countervailing Creativity: Patient Agency in the Globalisation of Asian Medicines*. Special Issue, *Anthropology & Medicine* 9, 3: 205-222.
- HÖRST V. 2004. Global medicine and local application: dynamics and interplay enacted through a "mixed" hospital in Jesús María, Westmexico. Vortrag, gehalten auf der Konferenz *From Western Medicine to Global Medicine: The Hospital Beyond the West*. Osler-McGovern Centre, Green College, University of Oxford, März 2004.
- . 2003. Zwischen globalen Ansprüchen: medizinische Wertigkeiten bei den Cora (Náyeri), Mexiko. In WOLF A., HÖRST V. (Hg), a.a.O.: 57-83.
- . 2002. *Heilungslandschaften. Umgangsweisen mit Erkrankung und Heilung bei den Cora in Jesús María, Mexiko*. Dissertationsschrift Universität Freiburg – Veröffentlichung in Vorbereitung.
- , WOLF A. 2003. Globalisierung der Heilkunde: Eine Einführung. In WOLF, A., HÖRST V. (Hg), a.a.O.: 3-27.
- HSU E., HÖG E. (Hg) 2002. Countervailing Creativity: Patient Agency in the Globalisation of Asian Medicines. Special Issue, *Anthropology & Medicine* 9, 3.
- INDA J. X., ROSALDO R. 2002. Introduction: A World in Motion. In INDA J. X., ROSALDO R. (Eds), op.cit: 1-34.
- , ———. (Eds) 2002a. *The Anthropology of Globalization. A Reader*. Oxford, Berlin.
- INHORN M. C. & BALEN F VAN (Eds) 2002. *Infertility around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. Berkeley, Los Angeles, New York.
- JANZEN J. 1979. Pluralistic legitimation of therapy systems in contemporary Zaire. In ADEMUWAGUN Z.A. ET AL. (Eds): *African Therapeutic Systems*. Waltham, Mass.: 208-216.
- JOHANNESSEN H. 2004. Body and Self in Medical Pluralism. Introduction. In JOHANNESSEN, H., LÁZÁR I. (Eds): *Patients and Practitioners in Medical Pluralism*. Berghahn Books – im Druck.
- JUSTICE J. 2000. The Politics of Child Survival. In WHITEFORD, L. M., MANDERSON, L. (Eds), op.cit: 23-38.
- KLOCKE-DAFFA S. 1999. „Wenn du hast, mußt du geben“. Traditionelle Sicherungssysteme im neuen Staat. Das Beispiel der Nama in Namibia. *Zeitschrift für Ethnologie* 124, 2: 299-317.
- KNEUPER E. 2003. Die „natürliche Geburt“ – eine globale Erregenschaft. In WOLF, A., HÖRST V. (Hg), a.a.O.: 107-128.
- KNIPPER, M. 2003. Was ist „Krankheit“? – Anmerkungen zur transkulturellen Anwendung eines wissenschaftlichen Krankheitsbegriffs. In WOLF, A., HÖRST, V. (Hg), a.a.O.: 153-175.
- KRAUSE K. 2003. *Der Heilige Geist und die Geister. Christliche Heilung in einem in einem psychiatrischen Krankenhaus in Süd-Ghana*. Unveröffentlichte Magisterarbeit Freie Universität Berlin, Institut für Ethnologie.
- . 2004. The Double Face of Subjectivity: A case Study in a Psychiatric Hospital (South Ghana). In JOHANNESSEN H., LÁZÁR, I. (Hg): *Patients and Practitioners in Medical Pluralism*. Berghahn Books – im Druck.
- KREFF F. 2003. *Grundkonzepte der Sozial- und Kulturanthropologie in der Globalisierungsdebatte*. Berlin.
- KROEGER A., PFEIFFER, W.M. (Hg) 1986. Kranksein und Migration in Europa. Eine soziologische und ethnomedizinische Bestandsaufnahme. *Schwerpunktheft, curare* 9,2: 65-230.
- LACHMUND J., STOLLBERG G. (Hg) 1992. *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present*. Stuttgart.
- LESLIE C. 1976. "Introduction". In LESLIE C. (Hg): *Asian Medical Systems. A Comparative Study*. Berkeley: 1-12.
- LEVITT P., DEWIND J., VERTOVEC S. (Hg) 2003: Transnational Migration: International Perspectives. *International Migration Review* 37, 3.

- LINDENBAUM S. & LOCK M. (Eds) 1993. *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley, Los Angeles, New York.
- LINDNER R. 1997. Global logo, local meaning. *Focal* 30/31: 193-198.
- LOCK M., GORDON D. (Eds) 1988. *Biomedicine Examined*. Dordrecht, London, Boston.
- . NICHTER M. 2002. Introduction: From documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies and practices. In LOCK, M., NICHTER M. (Eds): *New Horizons in Medical Anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*. London, New York: 1-34.
- LUX T. (Hg.) 2003: *Grundlagen der Ethnomedizin. Kulturelle Dimensionen von Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin.
- MANDERSON L., MARKOVIC M., KELAHER M. 2000. Bodies Transported: Health and Identity Among Involuntary Immigrant Women. In WHITEFORD, L. M., MANDERSON, L. (Eds), op. cit.: 151-176.
- MARCUS G. E. 1995. Ethnography in/of the worldsystem: the emergence of multisited ethnography. *Annual Review of Anthropology* 24: 95-117.
- MARSHALL P. A., DAAR A. 2000: Ethical Issues in Human Organ Replacement: A Case Study from India. In WHITEFORD L. M. MANDERSON, L. (Eds), op. cit.: 205-232.
- MEDICAL TOURISM 2003: <http://www.capeinfo.com/Content/Cape%20Guide/Medical/MedicalTourism.html>.
- . 2004: http://www.visualaidscenter.com/lasik/medical_tourism.html [02.02.2004].
- MEYER B., GESCHIERE P. 1999: Globalization and Identity. Dialectics of Flow and Closure. Introduction. In MEYER B., GESCHIERE P. (Eds): *Globalization and Identity. Dialectics of Flow and Closure*: 1-15. Oxford.
- MOERMAN D. E. 2003. *Meaning, medicine and the "placebo effect"*. Cambridge.
- MSID 2003: <http://timesofindia.indiatimes.com/articleshow/msid-292221> [15.12.2003].
- NEWSLETTER DER ELEMENTARKREISE 2003: vom 23.12.2003
- OBRIST VAN EEUWIJK B. 2003a. „Richtige Ernährung“ in Papua New Guinea: Anspruch und Wirklichkeit. In WOLF, A., HÖRST, V. (Hg), a.a.O.: 31-56.
- . 2003b. Chance und Herausforderung. Ethnologie und International Health im 21. Jahrhundert. In LUX T. (Hg), a.a.O.: 308-327.
- . TANNER M., HARPHAM M. 2003c. Engaging Anthropology in urban health research: issues and prospects. *Anthropology & Medicine* 10, 3: 361-371.
- OHNUKI-TIERNEY E. 1984. *Illness and Culture in Contemporary Japan. An Anthropological View*. Cambridge.
- OTTEN T. 1996. Die sanfte Veränderung ayurvedischer Heilverfahren am Beispiel der Pancha Karma Kur. In WOLF, A., STÜRZER M. (Hg): *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie*: 75-88. Berlin.
- . 2000. In a Remote Area: Categories of the Person and Illness Among the Desya of Koraput, Orissa. *Journal of Social Sciences* 4, 4: 347-356.
- . 2003. „Heilung durch Rituale. Vom Umgang mit Krankheit bei den Rona im Hochland Orissas, Indien“. Dissertationsschrift Freie Universität Berlin, Veröffentlichung in Vorbereitung.
- PARKER R. 2000. Administering the Epidemic: HIV/AIDS Policy, Models of Development, and International Health. In WHITEFORD, L. M., MANDERSON, L. (Eds, op. cit.: 39-55.
- PIETERSE, N. J. 1998: Der Melange-Effekt. In BECK U. (Hg), a.a.O.: 87-124.
- PRIES L. 1998: Transnationale soziale Räume. In BECK U. (Hg), a.a.O.: 55-86.
- ROBERTSON R. 1998. Globalisierung: Homogenität und Heterogenität in Raum und Zeit. In BECK U. (Hg), a.a.O.: 192-220.
- . 2001. The Globalization Paradigm. Thinking Globally. In BEYER, P. (Hg): *Religion im Prozeß der Globalisierung*. Würzburg: 3-22.
- ROUSE R. 2002. Mexican Migration and the Social Space of Postmodernism. In INDA, J. X., ROSALDO R. (Hg), a.a.O.: 157-171.
- SASSEN S. 1991. *The Global City*. Princeton (New Jersey).
- SCHEPER-HUGES N. 2002. The Global Traffic in Human Organs. In INDA, J. X., ROSALDO, R. (Eds), op. cit.: 270-308.
- SEALE C. 2003. Health and Media: An Overview. *Sociology of Health & Illness*. Special issue on Health and Media 25, 6: 513-531.
- SHAW R., STEWART CH. 1994. Introduction: problematizing syncretism. In STEWART, CH., SHAW, R. (Eds). *Syncretism/ Anti-syncretism. The politics of religious synthesis*. Londo: 1-26.
- SINHA A. 2000: An Overview of Telemedicine: The Virtual Gaze of Health Care in the Next Century. *Medical Anthropology Quarterly* 14, 3: 291-309.
- Süddeutsche Zeitung. 2004a: Klinikum Augsburg lockt wohlhabende Patienten. 10./11. Januar: 48.
- . 2004b: Professor Land klagt gegen Ministerium. Anwalt: OP-Tour nach Abu Dhabi im regulären Urlaub. 15. Januar: 35.
- TREIBEL A. 2000: *Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart*. Opladen.
- TSING A. 2002. Conclusion. The Global Situation. In INDA J. X. & ROSALDO, R. (Eds), op.cit.: 453-486.
- VERWEY M. 1994: Kultur ist kein Allheilmittel. Der „Ethnizismus“ in der Medizin bedarf einer Korrektur. *Soziale Medizin* 21: 26-28.
- . 2003. Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit. In LUX, T. (Hg), a.a.O.: 277-307.
- WALLERSTEIN I. 1989: *Der historische Kapitalismus*. Hamburg.
- WELZ G. 1998: Moving Targets. Feldforschung unter Mobilitätsdruck. *Zeitschrift für Volkskunde* 94, 2: 177-194.
- WHITEFORD L. & MANDERSON L. 2000. *Global Health Policy, Local Realities. The Fallacy of the Level Playing Field*. London: Boulder.
- WHYTE S. R. 2002. Materia Medica. Ideen und Substanzen in verflochtenen Welten. In: HAUSER-SCHÄUBLIN B., BRAUKÄMPER, M (Hg): *Ethnologie der Globalisierung. Perspektiven kultureller Verflechtung*: 31-45. Berlin.
- . GEEST S. VAN DER, HARDON A. 2002. *Social Lives of Medicines*. Cambridge.
- WIEDL K. H., MARSCHALCK P. 2001. Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung. In WIEDL, K. H., MARSCHALCK P. (Hg). *Migration und Krankheit*: 9-34. Osnabrück.
- WIMMER A. 2002. Gleichschaltung ohne Grenzen? Isomorphisierung und Heteromorphisierung in einer verflochtenen Welt. In HAUSER-SCHÄUBLIN B., BRAUKÄMPER U. (Hg): *Ethnologie der Globalisierung*: 77-94. Berlin.
- WOLF A. 2003. Aids und Kanyera in Malawi: lokale Rezeption eines globalen Phänomens. In WOLF A., HÖRST V. (Hg.), a.a.O.: 203- 229.

- , 2004. Kindheit im Kontext von HIV/AIDS im südlichen Afrika. In ECKART W., KNEUPER E. (Hg): *Zur sozialen Konzeption des Kindes. Forschungen und Perspektiven verschiedener Wissenschaften*. Herbolzheim – In Vorbereitung.
- , DILGER H. 2003. Universalismus versus lokale Besonderheiten. Medizin, Globalisierung und Aids. In LUX T. (Hg), a.a.O.: 252-276.
- , HÖRST V. 2003. *Medizin und Globalisierung: globale Ansprüche – lokale Antworten*. Hamburg, Münster.
- WÖRRLE B., SCHWEITZER DE PALACIOS D. 2003. Einführung. In SCHWEITZER DE PALACIOS D., WÖRRLE B. (Hg). *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Marburg, Curupia: 7- 25.
- ZAROWSKY, C. 2000. Poverty, Pity, and the Erasure of Power: Somali Refugee Dependency. In: WHITEFORD, L. M., MANDERSON, L. (Eds), op. cit.: 177-204.



Viola Hörbst, Ethnologin, M.A., Dr. des., Heilpraktikerin, Lehrbeauftragte am Institut für Ethnologie und Afrikanistik der Ludwig-Maximilian-Universität München; Postdok-Stipendiatin an der LMU zur Bearbeitung eines Forschungsprojektes über Unfruchtbarkeit und soziale Konsequenzen für Frauen in Mali; interkulturelle Trainings für Medizin, soziale und psychologische Bereiche; thematische Schwerpunkte: Reproduktion, Technologie und Unfruchtbarkeit, Wunschkaiserschnitt, Globalisierung, Körper, indigene Krankheits- und Heilungsauffassungen, kulturgebundene Syndrome; regionale Forschungsbereiche: westliches Afrika, insbesondere Mali, Deutschland, westliches Mexiko (Cora); Publikationen zu Globalisierung, Landschaft, Körper und Heilung, interkulturelle Kommunikation, kulturgebundene Syndrome. Mitbegründerin und ehemalige Vorsitzende der AG Medical Anthropology in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e.V.

Baaderstr. 59, D-80469 München
e-mail: hoerbst@lrz.uni-muenchen.de



Kristine Krause, Ethnologin M.A.; Junior Research Associate, Centre on Migration, Policy and Society (COMPAS), University of Oxford; Mitglied des PhD Programms ‚Migration and Transnational Networks‘, Viadrina Frankfurt/Oder; Freie Mitarbeiterin des Ethnologischen Museums Dahlem, Berlin; Langjährige Arbeit in individueller Schwerstbehinderten Assistenz; Thematische Schwerpunkte: Psychiatrie, Religion, Migration und Gesundheit, Migration von Gesundheitspersonal, Transnationale Netzwerke; Regionale Forschungsschwerpunkte: westliches Afrika: Ghana und Nigeria, Euro-Amerika: USA, Grossbritannien und Deutschland; Publikationen zu: Verbindung von neo-pentekostalem Heilen mit biomedizinischer Psychiatrie, afrikanisch initiierte Kirchen in London, Vereinahmungsprozesse und Gegenübertragung in der Feldforschung; Mitglied der AG Medical Anthropology, DGV;

COMPAS (Centre on Migration, Policy and Society)
University of Oxford
58 Banbury Rd; Oxford OX2 6QS, UK
e-mail: kristine.krause@anthro.ox.ac.uk oder kristine.krause@epost.de