



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Traditionelle Chinesische Medizin in Österreich  
und Gesundheitsverhalten. Eine ethnographische  
Datenerhebung in Wien unter TCM-AnbieterInnen und  
TCM-NutzerInnen.“

Verfasserin

Corina Cinkl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Jänner 2010.

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 307

Studienrichtung lt. Studienplan:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin:

Dr. Christine Binder-Fritz



*Für meine Großmutter Elfi Metlicka.*



## Danksagung

Ich bin vielen Personen zu Dank verpflichtet:

Zu aller erst meinen Eltern Inge und Michael Cinkl, die mir die Möglichkeit gaben in einem Umfeld aufzuwachsen, in dem kritisches und reflektiertes Denken geschätzt und gefördert werden, und die mir außerdem durch ihre bedingungslose Unterstützung ermöglichten in meiner Studienwahl meinem Herzen zu folgen. *Wurzeln und Flügel.*

Großer Dank gebührt auch den vielen hilfsbereiten Menschen, die beim Lektorat dieser Arbeit geholfen haben und sich viel Zeit dafür genommen haben, mir beim (Wieder)finden von gedanklicher Klarheit zur Seite zu stehen. Ein besonderes Dankeschön richte ich hier an meine wunderbaren Freundinnen Molly, Julia und Chris.

Meinem Lebensgefährten Michael Dewam gebührt besonderer Dank für seine beständige Unterstützung und die Bereitschaft mich auf meinem Weg im Leben nicht nur zu begleiten, sondern ihn mit mir zu gehen. *In Closeness.*

Großen Dank möchte ich vor allem auch all meinen InformantInnen aussprechen, welche mir ihre Zeit, ihre Offenheit und ihr Vertrauen entgegenbrachten und ohne deren Beteiligung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Außerdem möchte ich meiner Betreuerin, Dr. Christine Binder-Fritz für ihr Interesse an der Thematik und ihr Feedback danken.



# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	11
1. Einleitung .....	13
1.1. Vorstellung der Arbeit .....	13
1.2. Begriffsdefinitionen .....	14
1.2.1. Complementary and Alternative Medicine (CAM) .....	15
1.2.2. Biomedizin .....	15
1.2.3. Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) .....	16
1.2.4. NutzerInnen und AnbieterInnen .....	16
1.2.5. Beschwerden und Behandlung .....	17
2. Methodik .....	18
2.1. Forschungsfrage .....	18
2.2. Forschungsparadigma: Grounded Theory .....	19
2.3. Spezifische Methoden: Qualitative Methoden .....	21
2.3.1. Die teilnehmenden Beobachtung .....	22
2.3.2. Das qualitative Interview .....	23
2.3.3. Die ExpertInnenbefragung .....	24
3. Gesundheitsverhalten und Medizinpluralismus: ein theoretischer Bezugsrahmen .....	25
3.1. Modelle des Gesundheitsverhaltens .....	26
3.1.1. Gesundheitsverhalten und Medical Anthropology .....	27
3.1.2. Verschiedene Modelle des Gesundheitsverhaltens .....	31
3.1.2.1. Die Nutzung von Systemen: Utilisation Models .....	31
3.1.2.2. Der Weg zur Heilung: Illness-Response Models .....	35
3.1.3 Kritik an den Modellen und Bedeutung für diese Arbeit .....	37

3.2. Das Konzept des Medizinpluralismus .....	41
3.2.1 Medizinpluralismus als Konzept der Medical Anthropology .....	41
3.2.2 Kritik am Konzept des Medizinpluralismus .....	44
3.2.3 Bedeutung des Konzeptes für diese Arbeit .....	48
4. Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) in Theorie und Praxis .....	50
4.1 Theoretische Aspekte der Traditionellen Chinesischen Medizin .....	51
4.1.1. Dimensionen von Gesundheit und Krankheit: Yin und Yang, Qi, die fünf Wandlungsphasen .....	51
4.1.1.1. Yin und Yang .....	52
4.1.1.2. Qi .....	53
4.1.1.3. Die fünf Wandlungsphasen .....	54
4.1.2. Die Behandlungsmethoden der TCM .....	56
4.1.2.1. Akupunktur .....	56
4.1.2.2. Chinesische Arzneitherapie .....	58
4.1.2.3. Chinesische Bewegungslehren: Taiji und Qi Gong .....	60
4.1.2.4. Chinesische Manualtherapie: Tuina .....	60
4.1.2.5. Lebensstil .....	62
4.1.3. TCM und Biomedizin: Prävention und Ganzheitlichkeit .....	63
4.2. Traditionelle Chinesische Medizin in Österreich .....	65
4.2.1. Anerkennung und Transmission der Traditionellen Chinesischen Medizin .....	65
4.2.2. Gesetzliche Regelungen zur Anwendung der Akupunktur und der chinesischen Arzneitherapie .....	66
4.2.3. Ausbildung in den therapeutischen Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin .....	67
4.2.4. Daten und Fakten zur Anwendung und Nutzung von TCM in Österreich .....	69
4.2.5. Stellung der Traditionellen Chinesischen Medizin im Österreichischen Gesundheitssystem .....	71
5. Empirischer Teil: Ergebnisse .....	73
5.1. Befragung von TCM-AnbieterInnen .....	74

5.1.1. Zur Durchführung der Befragung .....	74
5.1.2. Auswertung der ExpertInnen-Befragung .....	76
5.1.2.1. AnbieterInnen-bezogene Ergebnisse .....	77
5.1.2.2. NutzerInnen-bezogene Ergebnisse .....	79
5.1.3. Ergebnis der Auswertung der ExpertInnen-Befragung: Das strukturierte Forschungsfeld .....	81
5.1.3.1. Analytische Vorgehensweise bei der Auswertung der ExpertInnen-Befragung – Arbeit mit der Grounded Theory .....	83
5.1.3.2. Das Forschungsfeld – strukturelle (Rahmen)bedingungen der Nutzung .....	85
5.2. Gespräche mit TCM-NutzerInnen .....	88
5.2.1. Informelle Gespräche mit TCM-NutzerInnen .....	88
5.2.2. Interviews mit TCM-NutzerInnen .....	93
5.2.3. Auswertung der informellen Gespräche und der Interviews .....	97
5.2.3.1. Allgemeine Kriterien der Analyse .....	98
5.2.3.2. Bemerkungen zu den Arbeitsschritten der Analyse .....	98
5.3. Erarbeitete Theorie der Nutzung .....	102
5.3.1. Die Nutzung von Ressourcen: Differenzierung und Integration .....	102
5.3.2. Darstellung der Hauptkategorien der erarbeiteten Theorie .....	105
5.3.2.1. Kompetente Verantwortungsübernahme .....	105
5.3.2.2. Differenzierung medizinischer Ressourcen .....	119
5.3.2.3. Gelebte Ganzheitlichkeit .....	142
6. Diskussion und Bezugnahme .....	155
6.1. Diskussion der erarbeiteten Theorie .....	155
6.2. Bezug zu Gesundheitsverhaltens – Modellen .....	157
6.3. Bezug zum Konzept des Medizinpluralismus .....	158
7. Zusammenfassung .....	160
Literaturverzeichnis .....	163
Verzeichnis der Abbildungen .....	172

Verzeichnis der Tabellen .....	173
Internetquellen .....	174
Quellenverzeichnis .....	176

## Anhang

- A. 1. Leitfaden für das Narrative Interview
- A. 2. ExpertInnen-Fragebogen
- A. 3. Musterblatt zur Kategorienbildung anhand Interview C

## Abstract

## Lebenslauf

## Vorwort

Das Interesse für Themen der Medical Anthropology wurde schon zu Beginn meines Studiums entfacht. In der erstmaligen (theoretischen) Begegnung mit Phänomenen wie Schamanismus und veränderten Bewusstseinszuständen konkretisierte sich mein Interesse auf den weiten Themenbereich des Heilens.

Die Erfahrung von Krankheit und Heilung ist wie viele andere Phänomene zugleich ein universeller und relativer Aspekt menschlichen Daseins. Was sie von diesen zahlreichen anderen Phänomenen abhebt ist ihre Fundamentalität, die sich meines Erachtens aus der in ihr enthaltenen Möglichkeit des Todes ergibt. Es ist eine gewisse Verdichtung, welche die Beschäftigung mit diesem Themenbereich für mich besonders lohnend und spannend macht.

Eine weitere Quelle meines Interesses ist die Tatsache, dass in den Forschungsgegenständen der Medical Anthropology herausfordernde Fragen über Wahrheit und Wirklichkeit (unseres Lebens und über die Welt) gestellt werden, die vielleicht mehr noch als in anderen Bereichen der Gesellschaft durch das Phänomen der kulturellen Hegemonie sonst leicht ausgeblendet werden.

Um mit Prof. Friedrich Wallner zu sprechen, der in einem Seminar über das Körper-Geist-Problem in der europäischen Philosophie folgendes sagte: "Es ist eine Herausforderung und eine geistige Anstrengung *auf diese Art* darüber nachzudenken." Jene besondere Art zu reflektieren, dieses Einlassen auf die Anstrengung bewusst über die eigene menschliche Erfahrung nachzudenken ist für mich ein zentrales Thema unseres Faches und meiner Meinung nach besonders der Medical Anthropology, weil unsere Existenzgrundlage, unser Körper als der existenzielle *ground of culture*, einer kritischen Prüfung unterzogen wird. Es ist schwierig sich von etwas zu distanzieren, dass einem so nah ist.

Das Interesse an Medizinpluralismus und den sogenannten „komplementärmedizinischen Therapien“ ist mir schon seit mehreren Jahren ein ständiger Begleiter, auf der Ebene des Studiums und auf ganz persönlicher Ebene.

Ich bin überzeugt davon, dass eine moderne Medizinanthropologie diese Themenfelder weiterhin als wesentliche und wichtige Forschungsfelder beanspruchen sollte, weil sie eine wichtige Stimme im politischen Diskurs sein könnte, besonders in Zeiten von Gesundheitsreformen und Sparmaßnahmen im Sozialsystem vieler (nicht

nur) europäischer Länder. Auch nach den großen und über die disziplinären Grenzen hinaus einflussreichen Arbeiten von Kultur- und SozialanthropologInnen wie z.B. jenen von Arthur Kleinman ist es nach wie vor wichtig, darauf aufmerksam zu machen was der Beitrag der Medizinanthropologie auf gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Ebene sein könnte, und das auch nach außen zu kommunizieren, auf dass es gehört werde.

Auf ganz persönlicher Ebene war mein Zugang zum Medizinpluralismus und zu den „Complementary and Alternative Medicine“ (CAM) - Therapien stets von großer Neugier und Offenheit geprägt. Aus einem familiären Umfeld, das ich als kritisch-reflektiert beschreiben würde, nahm ich eine große Portion Skepsis in meine ersten Erfahrungen mit CAM mit. Homöopathie, Bio-Feedback, Cranio-Sacral-Therapie und Akupunktur waren etwas für mich, das sich als effektive Behandlungsmethode erst bewähren musste.

Wenn ich eine Behandlungsmethode in Anspruch nahm, informierte ich mich stets auch über den theoretischen und historischen Hintergrund der Methoden. Hierin, in der zugleich erfahrenden und gewissermaßen analysierenden Beschäftigung mit dem Phänomen liegt für mich der Schnittpunkt zwischen meinem privatem und meinem wissenschaftlichem Interesse.

Ich persönlich halte es für wichtig sich wirklich selbst als Nutzerin erfahren zu haben, wenn man sich wissenschaftlich mit der Nutzung von (komplementär-medizinischen) therapeutischen Methoden auseinandersetzen möchte. Wenn man die Erfahrung gemacht hat sich als Leidende/r mit allen betreffenden Gefühlen von Angst, Unsicherheit, Hoffnung und vielem mehr, das sich nicht gut in Worte fassen lässt, in die Hände einer Methode zu begeben, die einem in irgendeiner Form *fremd* ist, sei es Homöopathie, sei es Traditionelle Chinesische Medizin, dann geht man nachher mit einem wertvollen Blickwinkel ins Feld, den man sonst vielleicht nicht sofort in dieser Form parat hat. Man hat Ähnliches *erlebt*, wovon einem die InformantInnen dann erzählen.

Dieser Blickwinkel hat in meinem Fall die Neugier *noch mehr* geweckt, hat mich viele weitere Fragen stellen lassen, und hat auch die Vorsicht verstärkt, nicht meine eigenen Empfindungen und Erfahrungen in falscher Form, nämlich unreflektiert, einzubringen.

# 1. Einleitung

## 1.1. Vorstellung der Arbeit

Der weite Bereich der sogenannten „Alternativmedizin“ bzw. „Komplementärmedizin“<sup>1</sup> bietet eine Vielzahl an Forschungsthemen für SozialwissenschaftlerInnen. Das Interesse, welches diese Arbeit veranlasste, gilt der Nutzung dieser Medizinien als therapeutische Ressourcen.

Dieses Interesse wurde in der Forschungsfrage konkretisiert, die danach fragt, wie sich die Nutzung von TCM als komplementär-medizinische Ressource unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung von Gesundheits- und Krankheitsbegriffen und der spezifischen medizin-pluralistischen Situation in Österreich gestaltet.

Das Ziel dieser Arbeit war der Versuch eine Theorie der Nutzung zu entwickeln. Dazu wurde mit dem Forschungsansatz der „Grounded Theory“ gearbeitet und es wurde eine Auswahl an verschiedenen qualitativen Methoden zum Einsatz gebracht.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in folgende Abschnitte:

Kapitel 2 ist der Methodik gewidmet. Die Forschungsfrage, welcher der Arbeit zugrunde liegt wird definiert. Ferner werden die zur Anwendung gebrachten Forschungsmethoden vorgestellt, begründet und besprochen.

In Kapitel 3 wird der theoretische Bezugsrahmen der Forschung dargestellt. Dieser umfasst Modelle des Gesundheitsverhaltens und das Konzept des Medizinpluralismus. Wie oben erwähnt, wurde der Versuch unternommen eine Theorie der Nutzung von CAM als medizinische Ressource zu erarbeiten. Daher wird dem theoretischen Bezugsrahmen in dieser Arbeit viel Raum gewährt.

---

<sup>1</sup> Im sozialwissenschaftlichen Diskurs hat sich der Begriff „Complementary and Alternative Medicine“ (CAM) durchgesetzt. Vgl. Kapitel 1.2.1.

Kapitel 4 setzt sich aus sozialwissenschaftlicher Perspektive mit der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)<sup>2</sup> als therapeutische Methode auseinander. Es werden zum einen theoretische Aspekte beleuchtet und wesentliche Konzepte und Begriffe der TCM vorgestellt. Zum anderen wird der praktische Einsatz der TCM als therapeutische Methode in Österreich und die betreffenden strukturellen Rahmenbedingungen thematisiert.

Kapitel 5 ist der empirischen Datenerhebung gewidmet. Es wird die durchgeführte Untersuchung besprochen. Die zum Einsatz gebrachten Forschungsmethoden und der Aufenthalt im Feld werden ebenso diskutiert wie die anhand der gewonnenen Daten erarbeitete „Grounded Theory“.

In Kapitel 6 wird die erarbeitete Theorie als Ergebnis der durchgeführten Untersuchung besprochen und mit dem theoretischen Bezugsrahmen in Beziehung gesetzt.

Kapitel 7 fasst die Ergebnisse der Arbeit kurz zusammen und versucht nochmals die wesentlichen Elemente herauszustreichen. Es wird außerdem ein Ausblick auf mögliche weitere Untersuchungsvorhaben gegeben, welche anhand der in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse sinnvoll erscheinen.

## **1.2. Begriffsdefinitionen**

An dieser Stelle sollen drei wichtige Begriffe erklärt und festgelegt werden, welche in weiten Teilen dieser Arbeit eine wichtige Rolle spielen. Die verschiedenen Medizinen, welche thematisiert werden, erfordern eine begriffliche Abklärung und Stellungnahme.

---

<sup>2</sup> Vgl. Kapitel 1.2.3. zur Begriffsbestimmung der TCM.

### **1.2.1. Complementary and Alternative Medicine (CAM)**

Der Begriff "CAM", eine Abkürzung für "Complementary and Alternative Medicine", wird in dieser Arbeit für alle medizinischen Ressourcen verwendet, welche nicht der Biomedizin entsprechen. Die Bezeichnung „CAM“ hat den Vorteil, wesentliche Problematiken zu vermeiden, wie dies andere Bezeichnung nicht tun.

Beispielsweise ist der Begriff „Alternativmedizin“ höchst problematisch. Er beinhaltet das Bild einer Medizin, welche sich nicht komplementär sondern substitutiv zu anderen Medizinen, wie z.B. der Biomedizin verhält, und postuliert eine Nutzung nach dem Entweder-Oder Prinzip. Dies entspricht einer Sichtweise, der die aktuelle Forschung zur Nutzung „alternativer Therapiemethoden“ dezidiert widerspricht, auch wenn der Begriff selbst in diesbezüglichen Arbeiten teilweise beibehalten und verwendet wird (Marstedt 2003).

Die Bezeichnung „Complementary and Alternative Medicine“ bezieht sich auf strukturelle Aspekte der Nutzung, stellt jedoch im Gegensatz zu Begriffen wie „Alternativmedizin“ oder „Komplementärmedizin“ keine Mutmaßungen über die Art und Weise der Nutzung an.

### **1.2.2. Biomedizin**

Die Bezeichnung „Biomedizin“ wird in dieser Arbeit für jene Medizin verwendet, welche auch als „westliche Schulmedizin“, „orthodoxe Medizin“ bzw. als „kosmopolitische Medizin“ bezeichnet wird. Der Begriff wurde im anglo-amerikanischen Sprachraum geprägt und bezieht sich auf die Fokussierung dieser Medizin auf physiologische Prozesse und auf ihre grundlegende Nähe zur Naturwissenschaft (Cheng 2003: 8).

Auch wenn oben erwähnte Begriffe wie „kosmopolitische Medizin“ durchaus Berechtigung haben und auf wesentliche Aspekte der Biomedizin wie Standardisierung und weltweite Lehre und Anwendung Bezug nehmen, wird aufgrund der Verortung dieser Arbeit in der Medical Anthropology „Biomedizin“ als disziplinär etablierte Begrifflichkeit zum Einsatz gebracht.

### **1.2.3. Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)**

Die Bezeichnung „Traditionelle Chinesische Medizin“ (TCM) wird in dieser Arbeit als Überbegriff für alle therapeutischen Methoden der „chinesischen Medizin“ verwendet (vgl. Kapitel 4).

Zu bemerken ist, dass der Begriff einige wesentliche Problematiken umfasst. Zum einen kann auf mehreren Ebenen nicht von einer homogenen „chinesischen Medizin“ ausgegangen werden. Historisch betrachtet, entwickelten sich bestimmte Methoden und Konzepte getrennt voneinander, schlossen sich teilweise sogar aus. Im Hinblick auf die einschneidenden Veränderung verschiedener Komponenten „chinesischer Medizin“ seit Entstehen der Volksrepublik China 1949 erscheint es nahezu zynisch von „Tradition“ zu sprechen (Unschuld 2003: 256ff; Cheng 2003: 119ff).

Auch in Anbetracht dieser schwierigen Aspekte, verbleibt die Bezeichnung „TCM“ im Rahmen dieser Arbeit und ihren Zielen sinnvoll, und wird solchermaßen eingesetzt.

### **1.2.4. NutzerInnen und AnbieterInnen**

In dieser Arbeit werden die Bezeichnungen „NutzerInnen“ und „AnbieterInnen“ für die AkteurInnen des beforschten Feldes (vgl. Kapitel 5) verwendet. Diese sind in Anlehnung an die im englischsprachigen medizin-anthropologischen Diskurs üblichen Begriffe „users“ (*NutzerInnen*) und „providers“ (*AnbieterInnen*) gewählt (Sharma 2000).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Nutzung von Ressourcen, wodurch die Bezeichnung „NutzerInnen“ von Beginn der Forschungsarbeit naheliegend war. „NutzerInnen“ schien ferner ein Begriff zu sein, der im Gegensatz zu anderen Bezeichnungen – wie z.B. „PatientInnen“ – das aktive Handlungspotential dieser AkteurInnen-Gruppe zum Ausdruck bringt.

Die Bezeichnung „AnbieterInnen“ wird in dieser Arbeit für die verschiedenen AkteurInnen verwendet, die im Rahmen medizinischer Ressourcen Interventionen setzen. Von Begriffen wie „TherapeutInnen“ oder „ÄrztInnen“ wurde abgesehen. Diese schienen zum einen einschränkend zu sein. Zum anderen schien AnbieterInnen genau den relevanten Bedeutungsinhalt zu fassen.

### **1.2.5. Beschwerden und Behandlung**

Begrifflichkeiten spielen in der Medical Anthropology berechtigterweise eine große Rolle. Wesentliche Begriffe wie z.B. „Krankheit“ und „Heilen“ werden in den subdisziplinären Diskursen beständig thematisiert. Dabei werden über die begrifflichen Auseinandersetzung in den diesbezüglichen Diskussionen oft weitreichendere Aspekte behandelt (Good 1994).

In dieser Arbeit werden die Begriffe „Beschwerden“ und „Behandlung“ verwendet. Die Bezeichnung „Beschwerden“ wird an Stelle der Bezeichnung „Krankheit“ verwendet. Dadurch soll ein möglichst weiter Bereich der potentiellen Gründe für die Inanspruchnahme von medizinischen Ressourcen erschlossen werden. Während der Auseinandersetzung mit den im Rahmen dieser Untersuchung erhobenen Daten wurde die Entscheidung für den Begriff getroffen, da durch diesen alle Beweggründe der NutzerInnen inkludiert schienen. „Beschwerden“ bezeichnen in diesem Sinne verschiedene als negativ wahrgenommene Zustände, von denen sich NutzerInnen betroffen sehen.

Der Begriff „Behandlung“ wird in dieser Arbeit für die verschiedenen Interventionen verwendet, die von AnbieterInnen medizinischer Ressourcen zur Milderung bzw. Behebung von verschiedenen „Beschwerden“ gesetzt werden. Die Bezeichnung wurde gewählt um den Bedeutungsbereich möglichst weit zu fassen und gleichzeitig eine Abgrenzung zu Interventionen nicht-medizinischer Ressourcen zu treffen.

## **2. Methodik**

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsfrage, der Forschungsansatz und die verwendeten Forschungsmethoden dieser Arbeit dargestellt.

### **2.1. Forschungsfrage**

Das Interesse, welches diese Arbeit anleitete, galt der Frage nach der Art und Weise der Nutzung von TCM als CAM-Ressource in Wien.

Die zentralen Fragestellungen lauteten wie folgt:

Wie nutzen Personen in Wien TCM als medizinische Ressource in einem spezifisch strukturierten medizinpluralistischen Kontext?

Welche Bedeutung haben Gesundheits- und Krankheitsbegriffe der NutzerInnen für die Nutzung von TCM als medizinische Ressource?

Bei der Formulierung der Forschungsfrage wurde von der These ausgegangen, dass das Gesundheitsverhalten von Personen, die in Wien die medizinische Ressource TCM nutzen, von deren Gesundheitsbegriff bzw. Krankheitsbegriff in fördernder Weise beeinflusst wird. Weiters wurde angenommen, dass die medizinpluralistische Situation in Wien bzw. Österreich Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Personen, die TCM als medizinische Ressourcen nutzen, hat.

Das Forschungsfeld, das sich aus der oben dargestellten Forschungsfrage ergibt, lässt sich als „Nutzung der Traditionellen Chinesischen Medizin in Österreich“ benennen. Es umfasst bestimmte Gruppen von AkteurInnen (NutzerInnen, AnbieterInnen) und die Beziehungen zwischen diesen, darüber hinaus bestimmte strukturelle Bedingungen (Gesundheitssystem). In Kapitel 5 findet sich eine konkrete Darstellung der Merkmale des Forschungsfelds, die ich durch die Analyse der ExpertInnen-Fragebögen herausarbeitete.

Das Ziel dieser Arbeit war es, anhand der Bearbeitung dieser Forschungsfrage eine Theorie bzw. ein theoretisches Modell der Nutzung medizinischer Ressourcen zu entwickeln. Um dieses Vorhaben verwirklichen zu können, wurde die „Grounded Theory“ als Forschungsansatz für diese Untersuchung herangezogen. Als qualitative Methoden wurden ExpertInnen-Befragungen, teilnehmende Beobachtung und narrative Interviews gewählt. In Kapitel 6 wird die Arbeit mit den Methoden detailliert besprochen.

## **2.2. Grounded Theory**

Als übergeordneter Forschungsansatz, als Forschungsparadigma für diese Untersuchung wurde der Ansatz der „Grounded Theory“ gewählt. Dieser in den 1960er Jahren von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss begründete sozialwissenschaftliche methodische Ansatz ist durch besondere Flexibilität und Offenheit in der Anwendung gekennzeichnet, eine methodische Haltung, welche bestimmte Vorteile und Chancen für die Durchführung einer sozialwissenschaftlichen Untersuchung bereit hält.

Die wesentlichen Merkmale der Grounded Theory sind deren Gegenstandsbezogenheit, das Fokussieren auf Handlungen und Interaktionen, und die beständige Zuwendung zum Erlebens- und Erfahrungsbereich von AkteurInnen des Forschungsfeldes (Glaser / Strauss 1967). In den verschiedenen Ansätzen, welche sich seit Glasers und Strauss' Anfängen herausgebildet haben, werden verschiedene Aspekte und Elemente in unterschiedlicher Art und Weise betont, hervorgehoben oder in den Hintergrund gerückt.

Die Arbeit mit der Grounded Theory bedeutet das ständige Wechseln zwischen Arbeit im Feld und Arbeit mit dort gewonnenen Daten, das kontinuierliche Changieren zwischen induktivem und deduktivem Denken als wesentliche methodische Technik bzw. als grundlegende methodische Haltung (Strauss / Corbin 1996: 40ff).

Diese geistige Ausrichtung war besonders hilfreich im Hinblick auf meine „routinierte“, „selbstverständliche“ Anwesenheit im Feld als Ordinationsassistentin in einer Praxis für Allgemeinmedizin in Wien, in welcher TCM-Methoden angeboten werden (vgl. Kapitel 3). Durch das stetige Wechseln der Perspektive und durch kontinuierliche Reflexion meiner Rolle im Feld konnte gewissen Schwierigkeiten wie z.B. der Gewöhnung an bestimmte Abläufe und Interaktionen, welche „blinde Flecken“ erzeugt, weitest möglich ausgewichen werden (vgl. Kapitel 5 zur Teilnehmenden Beobachtung).

Hinsichtlich der Auswertung von Daten steht innerhalb der Grounded Theory ein vielfältiges Analyse-Repertoire zur Verfügung, welches sich hauptsächlich aus Kodier- und Kategorisiervorgängen zusammensetzt. Das zentrale Anliegen ist das Identifizieren und Herausarbeiten einer Kernkategorie, um welche in verschiedenen methodischen Prozessen eine Theorie gebildet wird. Darüber hinaus existieren verschiedene flexibel einsetzbare – und im Sinne von Glaser und Strauss auch um eigene Ideen und Ansätze erweiterbare – Techniken, welche die sogenannte theoretische Sensibilität erhöhen sollen und somit zur Erlangung von mehr Tiefe, Reichhaltigkeit und letztlich Erklärungspotential der erarbeiteten Theorie beitragen (Strauss / Corbin 1996: 25ff).

Die Grounded Theory ist als Forschungsansatz, der auf das Handeln und die Interaktion von AkteurInnen ausgerichtet ist, in hohem Masse geeignet ein Phänomen wie die Nutzung von Ressourcen zu untersuchen (Bluff 2005: 163). Das methodische Anliegen des Ansatzes, Verbindungen zwischen dem inneren Erleben und dem im Außen stattfindenden Handeln herzustellen und diese zu erklären, ist für das Ziel der vorliegenden Untersuchung passend (Bluff 2005: 149).

## **2.3. Spezifische Methoden : Qualitative Methoden**

Qualitative Methoden sind in der Medical Anthropology und ihren verwandten Disziplinen (z.B. Medizinsoziologie) von großer Wichtigkeit. Wenngleich quantitativ ausgerichtete Forschungsvorhaben ebenso verwirklicht werden und wichtige Beiträge leisten, sind die meisten Untersuchungen in einer qualitativen Methodik zu verorten (Holloway 2005: xvii).

In der vorliegenden Arbeit werden zwei qualitative Methoden zur Anwendung gebracht: die teilnehmende Beobachtung und qualitative Interviews. Diese beiden Methoden wurden gewählt, weil sie geeignet schienen, bei der Beantwortung der oben besprochenen Forschungsfrage nützlich zu sein.

Die teilnehmende Beobachtung als wichtiges kultur- und sozialanthropologisches Instrument ermöglicht (bis zu einem gewissen Grad) die Teilhabe an der Lebenswelt von InformantInnen (Shaffir / Stebbins 1991: 5).

In der durchgeführten Untersuchung bedeutete dies, am Ort der Nutzung von medizinischen Ressourcen tätig zu sein. Durch die Interaktion mit den NutzerInnen, durch das Führen informeller Gespräche, durch die dargebrachte Aufmerksamkeit, sollte das Verhalten von NutzerInnen einer analytischen Auseinandersetzung fassbar gemacht werden.

Qualitative Interviews ermöglichen ebenso das Einlassen auf die Lebenswelt von InformantInnen. Sie ermöglichen auch gemeinsam mit diesen verschiedenes Verhalten zu reflektieren, und dadurch die Einsicht in die jeweiligen Lebenswelten zu vertiefen (Taylor 2005 : 40ff).

In dieser Untersuchung wurde durch den Einsatz von Interviews versucht die Beweggründe und Hintergründe zu ergründen, welche die NutzerInnen von Ressourcen zu ihrem Verhalten bewegen. Qualitative Interviews sind daher für die vorliegende Arbeit als wichtiges Instrument anzusehen.

### 2.3.1. Die teilnehmenden Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung kann als das traditionell-methodische Herzstück der Kultur- und Sozialanthropologie bezeichnet werden. Sie zählt zu den wichtigsten Komponenten des kultur- und sozialanthropologischen methodischen Instrumentariums.

Diese Anderen, mit denen in Kontakt getreten werden soll, sind heute zwar nicht mehr jene weit entfernten, geheimnisvollen Anderen wie zu Beginn des Faches, jedoch ist das grundlegende Verständnis dafür, dass eine Teilnahme an jener sozialen Welt, die es zu untersuchen gilt, wesentliche Bedeutung für die Kultur- und Sozialanthropologie und ihre Bestrebungen hat, auch heute noch gültig (Lüders 2003).

Christian Lüders (2003: 385ff) definiert die Charakteristika der teilnehmenden Beobachtung bzw. Ethnographie als aus drei grundlegenden Komponenten bestehend. Erstens handelt es sich um eine längere Teilnahme an einem sozialen Geschehen, wobei eine flexible Forschungsstrategie von großer Bedeutung ist. Ein weitere Komponente betrifft das ethnographische Schreiben.

Das zugrundeliegende Ziel ist im Gegensatz zur Arbeit mit Befragungen nicht punktuell zu forschen, sondern den Bereich des Alltäglichen, Routinierten, Normalen methodisch zu erfassen. Dabei sind wie oben erwähnt eine längere Teilnahme erforderlich, die eine „anhaltende Kopräsenz von Beobachter und Geschehen“ (Amann / Hirschauer 1997: 21) ermöglicht. Die Aufgabe des Forschers liegt, wie Hammersley und Atkinson (1983) schreiben, darin, dass er:

„am Alltagsleben der Menschen für längere Zeit teil[nimmt], beobachtet, was geschieht, [zu]hört (..), was gesagt wird, (..) Fragen [stellt] und (..) alle irgendwie verfügbaren Daten [sammelt], die für sein Thema von Bedeutung sein könnten“ (ibid: 2).

Die Herausforderungen der Methode der teilnehmenden Beobachtungen liegen unter anderem in den folgenden zwei Bereichen. Einerseits wirft die Rolle des Forschers im Feld eine Vielzahl an Fragen auf, die sich um ethische und methodische Aspekte drehen (Laine 2000).

Andererseits stellt sich die Frage nach der Verwertung der gesammelten Daten und der Art und Weise wie diese anderen zugänglich gemacht werden können. Aspekte der Transparenz und der methodischen Validität des ethnographischen Schreibens sind hier zu problematisieren (Bernard 1995). Diese Herausforderungen, mit denen ich auch in meiner Forschung konfrontiert wurde, werden in Kapitel 5 thematisiert.

### **2.3.2. Das qualitative Interview**

Das qualitative Interview - in all seinen Formen und Abwandlungen - nimmt im methodischen Repertoire der Kultur- und Sozialanthropologie, wie auch in jenem anderer sozialwissenschaftlicher Disziplinen eine wichtige Rolle ein. Ähnlich der Situation des Forschers / der Forscherin in der teilnehmenden Beobachtung wird es als soziale Situation verstanden, welche ähnliche Chancen und Probleme hinsichtlich Verzerrung und Kontrolle birgt (Atteslander 2003: 123ff).

Was die Form von qualitativen Interviews betrifft, lassen sich diese unter anderen hinsichtlich des Grades an Strukturierung unterscheiden. Da jedes noch so offen konzipierte und durchgeführte Gespräch stets in irgend einer Weise strukturiert ist, wurde die Unterscheidung strukturiert / unstrukturiert aufgegeben. Atteslander (2003: 146ff) nimmt eine Einteilung in wenig strukturiertes, teilstrukturiertes und stark strukturiertes Interview vor, wobei letztere Form in der qualitativen Forschung eher wenig eingesetzt wird und vor allem im quantitativen Bereich zur Verwendung kommt.

Eine weitere Unterscheidung betrifft das Verhalten des Interviewers und dessen Kommunikationsstil. Dieser kann weich, hart oder neutral sein. Die Wahl des Interviewerverhaltens ist unter anderem davon abhängig, an welchem Punkt des Forschungsprozesses eine Befragung stattfindet. Während sich in der Explorationsphase eher ein weicher oder neutraler Kommunikationsstil anbietet, ist es im weiteren Verlauf der Forschung oftmals angebracht einen harten Kommunikationsstil anzuwenden (Atteslander 2003: 149ff).

### **2.3.3. Die ExpertInnenbefragung**

Auch wenn qualitative Methoden in den Sozialwissenschaften eine bedeutende Position einnehmen, sind quantitative Befragungen ebenfalls ein wesentlicher Teil vieler Untersuchungen.

Atteslander (2003: 158f) kennzeichnet die Befragung mittels Fragebogen als stark strukturierte Befragungssituation, welche mündlich, schriftlich und per Telefon durchgeführt werden kann. Eine wesentliche Unterscheidung innerhalb der quantitativen Befragung ist jene zwischen standardisierten und nicht-standardisierten Befragungen, die sich auf den Einsatz von offenen und geschlossenen Antwortmöglichkeiten beziehen.

Im Forschungsdesign sind sie den qualitativen Methoden oft nachgereiht, um Ergebnisse bzw. Tendenzen von Ergebnissen aus der Explorationsphase zu quantifizieren. Im Zusammenhang mit der Grounded Theory als Forschungsparadigma sind quantitative Methoden nicht als methodischer Endpunkt zu verstehen, sondern als integrierter Teil eines Methodenrepertoires anzusehen, dessen Einsatz sich nach der jeweiligen Forschungssituation an jedem erdenklichen Punkt der Untersuchung vollziehen kann (Strauss / Corbin 1996: 4).

Obwohl eine Befragung mittels Fragebogen zu den quantitativen Forschungsmethoden gezählt wird, kann das durch sie gewonnene Datenmaterial auch qualitativ ausgewertet werden, wenn offene Fragen gestellt wurden. In dieser Untersuchung wurden die ExpertInnen-Fragebögen anhand der qualitativen Analysemethoden der Grounded Theory ausgewertet (vgl. Kapitel 5 zur Datenerhebung). Aus diesem Grund ist diese Befragung in dieser Arbeit auch als qualitative Methode einzuordnen.

### **3. Gesundheitsverhalten und Medizinpluralismus: ein theoretischer Bezugsrahmen.**

Um ein Phänomen wie die Anwendung und Nutzung der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) in Österreich zu untersuchen, ist es notwendig, auf verschiedenen Ebenen zu arbeiten. Es ist eine weite Perspektive vonnöten, welche von der mikrosozialen Ebene der verschiedenen AkteurInnen bis hin zur makrosozialen Ebene der gesellschaftlichen Strukturen reicht.

Seit der Etablierung einiger wesentlicher Forderungen der Political Economic Medical Anthropology (PEMA) ist es unumgänglich eine (medizin)ethnologische Forschung nicht einzig auf lokal begrenzte Felder zu stützen, sondern die auf lokaler Ebene gewonnenen Daten in Kontexten zu verorten, welche über eben diese lokale Ebene hinausgehen (Frankenberg 1980: 197f). Soheir Morsy (1990) sieht diese Abkehr von der traditionellen anthropologischen Methodologie als methodischen Paradigmenwechsel:

„shifting the anthropological obsession with what is in peoples’ heads to a scrutiny of what is on their backs“ (1990: 31).

Um diese wichtigen Ansprüche einer modernen Medical Anthropology zu erfüllen zu versuchen und nicht Gefahr zu laufen soziale Prozesse zu übersehen, die in einer auf lokaler Ebene verankerten Analyse verdeckt und schlecht zugänglich sind, werden in dieser Arbeit Modelle des Gesundheitsverhaltens und das Konzept des Medizinpluralismus als theoretische Bezugspunkte herangezogen. Diese Bezugspunkte sollen einen Rahmen zur Kontextualisierung der Daten bilden, welche in Kapitel 5 ausführlich besprochen wird.

Die Forderung nach Kontextualität von Forschung wirft wesentliche Fragen über die Notwendigkeit von Vollständigkeit und die allgegenwärtige Problematik der Selektivität im Hinblick auf miteinbezogene Zusammenhänge und Blickwinkel auf. In

dieser Arbeit wird Sjaak van der Geest (1987) gefolgt, der seinen selektiven Umgang mit den Verbindungen zwischen Mikro- und Makroebene folgendermaßen begründete:

„because it is virtually impossible to deal with the whole gamut of relevant contexts, I will restrict myself to considering contextual forces which seem of particular political and economic importance” (1987: 142).

Im Hinblick auf diese Untersuchung sind diese ausgewählten für das untersuchte Forschungsfeld bedeutsamen Kontexte, jene oben angesprochenen Modelle und Konzepte, welche in der explorativen Phase der Forschung als relevante Aspekte identifiziert wurden. Dieser theoretische Bezugsrahmen soll in den folgenden Kapiteln näher vorgestellt und besprochen werden.

### **3.1. Modelle des Gesundheitsverhaltens**

Bevor hier verschiedene Modelle des Gesundheitsverhaltens, deren Verwendung in der Medical Anthropology und die Relevanz für diese Untersuchung besprochen werden sollen, gilt es einige allgemeine Bemerkungen voraus zu schicken.

Die Untersuchung von Gesundheitsverhalten ist und war stets ein interdisziplinäres Projekt, das zudem häufig anwendungsorientiert angelegt ist. Medizin, Psychologie, Soziologie und Kultur- und Sozialanthropologie sind hier als Fachgebiete zu nennen, welche sich aus ihren verschiedenen Blickwinkeln heraus mit dem Phänomen und damit in Verbindung stehenden Aspekten auseinandersetzen.

Dieser interdisziplinäre Charakter birgt nicht nur positive Aspekte. Durch die unterschiedlichen Zielsetzungen, theoretischen Positionen und Methoden entstehen die für konventionelle interdisziplinäre Unternehmungen typischen Probleme und Unstimmigkeiten. Es gibt über diese Ebene hinaus jedoch eine grundlegendere Problematik der Interdisziplinarität, welche an dieser Stelle kurz angerissen werden soll. Der österreichische Philosoph Fritz Wallner, der sich eingehend mit Theorien der Interdisziplinarität im Rahmen der Wissenschaftstheorie beschäftigt, argumentiert in Bezug auf die Schwierigkeiten der interdisziplinären Arbeit, dass eben diese

Zusammenarbeit auf problematischen Grundlagen beruht, welche von den betreffenden WissenschaftlerInnen selten explizit thematisiert werden (1990: 20ff).

Durch die oben angeführten Problematiken ist eine kritische Haltung gegenüber der Verwendung von Modellen des Gesundheitsverhaltens angezeigt.

Darüber hinaus gibt es eine weitere problematische Komponente. Wie Good (1994: 41ff) in Zusammenhang mit seiner Analyse des „Health Belief Model“ (HBM) argumentiert, neigen Modelle des Gesundheitsverhaltens oft dazu, konventionelles Wissen zu reproduzieren statt tatsächlich neue Einblicke zu geben.

Die Gründe dafür sieht Good unter anderem in der grundlegend ungünstigen Konzeption dieser Modelle, welche trotz bester wissenschaftlicher Absicht seiner Ansicht nach am Phänomen vorbei untersuchen (Good 1994: 43). Auf diese Kritik Goods und deren Implikationen wird im folgenden an verschiedener Stelle näher eingegangen werden.

### **3.1.1. Gesundheitsverhalten und Medical Anthropology**

Innerhalb der Medical Anthropology nahm und nimmt die Beschäftigung mit Phänomenen, welche in Zusammenhang mit dem Begriff "health seeking behaviour" stehen, eine wesentliche Rolle ein. Die verschiedenen Teildisziplinen, von der angewandten bis hin zur kritischen Medical Anthropology, setzten sich in ihren jeweiligen Forschungsfeldern und Themenbereichen in unterschiedlicher Tiefe und Ausdrücklichkeit mit Konzepten des Gesundheitsverhaltens auseinander (Good 1994).

Auch wenn die ausdrückliche Untersuchung von Gesundheitsverhalten innerhalb der „westlichen Welt“<sup>3</sup> bis in die 1980er Jahre zu einem großen Teil ein soziologisches bzw. psychologisches Projekt war, während, wie Foster und Andersen (1972) provokant formulieren, „*anthropologists have been busy studying shamans and witch doctors and unravelling the mysteries of non-Western disease etiologies*“ (ibid: 164).

---

<sup>3</sup> Der Begriff „westlich“ ist ein überaus problematische Bezeichnung, welche mit bestimmten politischen Inhalten konnotiert ist. (Vgl. Edward Saids [1978] „Orientalism“.) An dieser Stelle des Textes soll sie unter dem Hinweis auf diese Implikationen stehen bleiben, weil auch die betreffenden Studien von diesen Begrifflichkeiten geprägt waren.

Durch diese Schwerpunktsetzung, in der die Thematik des Gesundheitsverhaltens – und somit die NutzerInnen-Seite – kaum eine Rolle spielte, hatte auch die Medical Anthropology einen gewissen Anteil daran, der an dieser Stelle kurz skizziert werden soll.

In ihrer Funktion als International Health – BeraterInnen waren MedizinanthropologInnen seit jeher mit Phänomenen konfrontiert, welche direkt oder indirekt mit Gesundheitsverhalten in Zusammenhang stehen. Diese Auseinandersetzung beruhte jedoch nicht auf dezidiert medizin-anthropologischen Modellen und Konzepten, sondern auf der Anwendung soziologischer Erklärungsmodelle, welche aus der Untersuchung der „westlichen Welt“ stammten, wie z.B. das „Sick Role Model“ von Talcott Parsons (1951) und das „Stages of Illness Model“ von Edward Suchman (1965). An die Problematiken der interdisziplinären Anwendung solcher Modelle und Konzepte sei an dieser Stelle erinnert.

Außerhalb dieses interdisziplinären Kontextes war die Beschäftigung mit dem Gesundheitsverhalten zuzuordnenden Thematiken eine durchgehend unsystematische. Die langjährige Assoziation des medizinischen Bereiches mit religiösen Praktiken untergrub eine theoretisch-fundierte Bearbeitung, wie es sie etwa in der Psychologie oder der Soziologie gab. Die Bearbeitung des medizinischen Themas unter dem Gesichtspunkt von Spiritualität im weitesten Sinn ist keinesfalls abzuwerten. Sie brachte einige für die Ausbildung des Faches wichtige kultur- und sozialanthropologische Arbeiten hervorbrachte (Rivers 2001 [1924]).

Die oben erwähnte Fokussierung auf HeilerInnen und deren Rituale, welche vorwiegend auf religions-ethnologischer Ebene untersucht wurden, vernachlässigte wesentliche andere Aspekte medizinischen Geschehens und schloss darüber hinaus eine dezidierte Auseinandersetzung mit diesen gewissermaßen per se aus.

Mit Arthur Kleinmans „Patients and Healers in the Context of Culture“ (1980) wurden erstmals die oben beschriebenen theoretischen Mängel in systematischer Art und Weise befundet und der Versuch einer disziplinären Neuorientierung unternommen. Die von Kleinman angeführten Probleme und Themen beschäftigen die Medical Anthropology zum Teil noch heute, wobei der Umgang mit diesen Schwierigkeiten – auch unter dem Einfluss der postmodernen Wende seit den 1980er Jahren – ein reflexiver und bewusster ist.

Das von Kleinman (1980) entwickelte Modell der „Explanatory Models“ und das Sektorenmodell beeinflussten nicht nur den kultur- und sozialanthropologischen Zugang zu Gesundheitsverhalten in der interdisziplinären angewandten Arbeit. Sie hatten auch Implikationen für die anderen beteiligten Disziplinen. Die Schwierigkeiten, welche in der Umsetzung verschiedener Public Health bzw. International Health Policies und den von diesen initiierten Projekten seit den 1970er Jahren von den Verantwortlichen befundet wurden, schienen nach einem veränderten Blickwinkel zu verlangen. Die damals beginnende Forderung nach der Berücksichtigung der „emischen“ Perspektive, führte zur Entwicklung spezifischer kultur- und sozialanthropologischer Forschungsmethoden wie z.B. „Rapid Ethnographic Assessments“, welche ebendiese perspektivischen Defizite ausgleichen sollten (Hausmann-Muela et al. 2003). Wie Hausmann-Muela et al. (2003) ausführen:

“The classical examples of such study guidelines are the focused ethnographic studies (FES) developed for ARI programs (Gove & Pelto, 1994) and the rapid assessment manual for malaria (Agyepong *et al.*, 1995). The primary aim of all the manuals which were developed and used is to identify local illness concepts and categories. The ‘emic’ concept became increasingly central in anthropology as applied to public health investigations” (ibid: 5).

Einen weiteren kultur- und sozialanthropologischen Beitrag leisteten die „Ethnographic Decision Making Models“, welche die Kategorie der „emischen Sichtweise“ explizit mit Aspekten von logischen Handlungsmustern in Beziehung setzten. Damit wiesen sie über die Bestimmung von sogenannten „Denkstrukturen“ hinaus und machten den erschlossenen Bereich des mit diesen verbundenen sozialen Handelns in einem gesellschaftlichen Zusammenhang analytisch fassbar.

Modelle wie das “Model of Home Case Management for Acute Illnesses” setzen die Aspekte der „illness categories“, der Erfahrung und der etablierten Handlungsmuster z.B. mit wirtschaftlichen Aspekten in Beziehung (Ryan 1998).

Rezente Schwerpunkte in der Medical Anthropology, wie zum Beispiel die Genderforschung und die Thematik der Ungleichheit führten zu einer weiteren kultur- und sozialanthropologischen Beteiligung an der Schaffung von Modellen des

Gesundheitsverhaltens. Diese notwendigen Erweiterungen spiegelten die gesamt-disziplinären Diskurse innerhalb der Kultur- und Sozialanthropologie, wie auch in den Sozialwissenschaften wieder. Das explizite Einbeziehen der Kategorien Gender verdeutlichte die Relevanz von gesellschaftlichen Machtstrukturen für das Gesundheitsverhalten. Diese wichtige Perspektive innerhalb der Medical Anthropology steht in Beziehung zu allgemein-disziplinären Diskursen in der Kultur- und Sozialanthropologie (Binder-Fritz 2003; 2009).

Tanner und Vlassoff (1998) erarbeiteten z.B. eine systematische Aufstellung von Gender-spezifischen Risikofaktoren, welche persönliche Faktoren, soziale und Reproduktions-bezogene Faktoren und ökonomische Faktoren umfassten.

Die Thematik der Ungleichheit wurde unter anderem durch das Einbringen des Konzept der „Vulnerability“ in die Gesundheitsverhaltens-Forschung eingebracht.

Robert Chambers (1995) definiert das Konzept von Vulnerabilität folgendermaßen:

“Vulnerability means not lack or want, but exposure and defencelessness. It has two sides: the external side of exposure to shocks, stress and risk; and the internal side of defencelessness, meaning a lack of means to cope without damaging loss” (ibid: vii).

Der Einsatz des Modells der „Vulnerability Spiral“ thematisierte unter anderem als erstes Modell dezidiert die Doppelbelastung durch Krankheit als zugleich individuelle und kollektive Belastung. In der Kontextualisierung von Krankheit und Leiden in einem ökonomisch-strukturellen Zusammenhang zeugt es von einer veränderten Sichtweise auf Gesundheitsverhalten, welche die Selbstbestimmtheit des Individuums hinsichtlich seiner Handlungsmöglichkeiten relativierte (Hausmann-Muela et al. 2003).

Das Einbeziehen makro-struktureller Kontexte bedeutete eine Auseinandersetzung mit dem Mythos des „rationalen Akteurs“, welcher als Konsequenz aufklärerischer Ideale lange Zeit sozusagen einen unreflektierten charakterlichen Bezugsrahmen für sozialwissenschaftliche Forschung darstellte (Tuckett 1977: 184).

### **3.1.2. Verschiedene Modelle des Gesundheitsverhaltens**

Wie oben angesprochen ist es für die weitere Beschäftigung mit der Kategorie „Gesundheitsverhalten“ wesentlich die Aspekte der Angewandtheit und der Interdisziplinarität mit zu denken, mit all den Chancen, Schwierigkeiten und Problemen, welche sich daraus ergeben.

In Beachtung dieser Aspekte sollen nun in diesem Kapitel eine Auswahl verschiedener Modelle des Gesundheitsverhaltens im Hinblick auf das in dieser Arbeit untersuchte Phänomen besprochen werden. Die betreffenden Modelle werden dabei aus einer kultur- und sozialanthropologischen Perspektive heraus beleuchtet.

Hierbei soll die Bezugnahme auf Goods (1994) präzise und tiefeschürfende Analyse der epistemologischen (Grund-)Problematik medizin-anthropologischen Forschens im Allgemeinen und des Untersuchens von Gesundheitsverhalten im Speziellen ein kritischer roter Faden sein.

Modelle des Gesundheitsverhaltens lassen sich in zwei verschiedene Arten unterteilen, welche von unterschiedlichen Perspektiven geprägt sind. Zum einen gibt es jene, welche ihren Blick auf die Nutzung von bestehenden Systemen gerichtet haben. Solchermaßen fokussierte Modelle lassen sich als „health care seeking behaviour“ - Modelle bzw. als „Utilisation Models“ bezeichnen. Auf der anderen Seite stehen jene Modelle, welche sich zum überwiegenden Teil auf das Prozesshafte des Gesundheitsverhaltens konzentrieren. Sie werden „health seeking behaviour“ – Modelle bzw. „Illness Response Models“ genannt.

#### **3.1.2.1. Die Nutzung von Systemen: Utilisation Models**

Jene Modelle, welche den Aspekt der Nutzung von medizinischen Systemen hervorheben, standen am Beginn der systematischen Erforschung des Gesundheitsverhaltens. Sie sind zu aller erst in ihrer impliziten Ausrichtung auf die traditionelle Infrastruktur biomedizinisch geprägter Gesundheitssysteme, auf welche diese Modelle geradezu zugeschnitten waren und deren Logik sie wieder spiegelten, zu verstehen. Wie an früherer Stelle erwähnt, lassen sich die „medizinischen

Sozialwissenschaften“ in ihren Anfängen und darüber hinaus nicht aus dem Einflussbereich der Biomedizin, als deren Advokat sie oftmals handelten, herauslösen (Good 1994).

### **Das „Behavioral Model of Health Services Use“**

Eines der einflussreichsten Modelle unter den „Utilisation Models“ ist das „Behavioral Model of Health Services Use“ des Medizinsoziologen Ron Anderson (1995). Es wurde ursprünglich für die Untersuchung des U.S.-amerikanischen Gesundheitssystems entwickelt, insbesondere im Hinblick auf das Problem von Ungleichheit in Zugang und Nutzung. Wie Anderson selbst sein Interesse begründet:

„I was struck by the differences in the kinds and amounts of medical care that people in the U.S. used, and was concerned about why some had good access to medical care and others did not. To try to better understand these variations, for my dissertation I developed a behavioral model of health services use (..)“ (<http://in-cites.com/papers/DrRonAndersen.html>, Zugriff am 21. Mai 2009).

Andersons Modell benennt folgende für das Gesundheitsverhalten relevante Faktoren und Aspekte, namentlich umgebungsbedingte, individuelle Faktoren und jene, welche in der Struktur eines Gesundheitssystems selbst begründet liegen. Die individuellen Faktoren umfassen festgelegte (z.B. Gender, Alter, Ethnizität) und fördernde Faktoren (z.B. familiäre und sonstige Ressourcen und deren Verfügbarkeit und Zugänglichkeit), darüber hinaus auch den Aspekt der Bedürftigkeit im Hinblick auf die wahrgenommene Beeinträchtigung durch Krankheit, die spezifischen Symptome und den allgemeinen Gesundheitszustand (Anderson 1995).

### **„Health Care Systems“ und „Explanatory Models“**

Arthur Kleinmans (1980) Modelle der „Health Care Systems“ bzw. „Medical Systems“ und der „Explanatory Models“ lassen sich hinsichtlich der Unterscheidung zwischen dem Fokus auf etablierte Systeme und dem Fokus auf Personen schwer

einordnen. Sie stellen einen Grenzfall dar bzw. sind an einem Übergangsmoment angesiedelt. Aufgrund der systemischen Komponente in Kleinmans Modellen sind sie in der vorliegenden Arbeit den Utilisation-Modellen zugeordnet.

Kleinman entwickelte sein „Health Care Systems“ – Modell und das damit zusammenhängendes Model der „Explanatory Models“ unter dem Einfluss seiner Erfahrungen als Mediziner und Kultur- und Sozialanthropologe in Taiwan Ende der 1960er Jahre. Wie er in „Patients and Healers in the Context of Culture“ (1980) schreibt:

“[When] I returned to the United States (..) [I] spent the next several years (..) reading my way through all the literature I could find concerned with medicine and psychiatry in different cultures. (..) I found the empirical studies (..) to be confused and fragmented. They lacked discriminating theoretical frameworks and systematic methods. (..) Nothing was available to integrate the different questions and research approaches abounding in this wide, unorganized, but extremely fascinating field” (ibid: xif).

Die Schaffung des Modells der „Health Care Systems“ ist als direkte Antwort Kleinmans auf die langjährige Theoriefreiheit bzw. Theoriefernheit in der Medical Anthropology zu verstehen. Diese zog tiefeschürfende Konsequenzen unter anderem hinsichtlich der Möglichkeiten für fundierte kultur-vergleichende Studien nach sich, welche Kleinman (1980) als eine der wesentlichen Aufgaben der Medical Anthropology erachtete (ibid: 384f).

Das „Health Care Systems“ – Modell beruht auf dem Verständnis von Medizin als kulturellem System, welche in der selben Weise wie religiöse, verwandtschaftliche oder sprachliche Systeme untersucht werden können. Kleinmans Modell ist ein Sektorenmodell, welches drei überlappende Bereiche unterscheidet. Den professionellen Sektor (professional sector), der als institutionalisierter und legalisierter Bereich zu verstehen ist, den volksmedizinischen Sektor (folk sector), dem nicht zum professionellen Bereich gehörige Spezialisten (z.B. Masseur, Hebammen, Priester) zugeordnet sind, und den Laiensektor (popular sector), welcher als Bereich des informellen medizinischen Wissens und Handels verstanden wird (Kleinman [1980] in Gaugusch-Unger 2005: 68f).

Eine weitere Konzeptualisierung unternimmt Kleinman mit den „core clinical functions“ (Kernfunktionen), für welche er universelle Gültigkeit beansprucht. Diese machen die Aspekte der psychosozialen Erfahrung von Krankheit, des Entscheidungsfindungsprozesses bezüglich therapeutischer Interventionen, der Kommunikation im Zusammenhang mit Krankheitserfahrung und Therapie, der therapeutischen Interventionen per se und des Umgangs mit den Ergebnissen dieser analytisch zugänglich (Kleinman 1980: 72ff).

Bei allen fünf Kernfunktionen, insbesondere bei jener, welche sich mit der Heiler-Klient-Kommunikation beschäftigt, spielt das Konzept der „Explanatory Models“ eine wesentliche Rolle. Dieses Konzept definiert Kleinman folgendermaßen:

„Explanatory models are the notions about an episode of sickness and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process“ (1980: 105).

„Explanatory Models“ beinhalten folgende Bereiche, welche in unterschiedlicher Tiefe und unterschiedlichem Ausmaß vorkommen: Ätiologie, Zeit und Art des erstmaligen Auftretens von Symptomen, Pathophysiologie, Krankheitsverlauf und Behandlung. Im Unterschied zu allgemeinen Überzeugungen über Krankheit und Gesundheit sind „Explanatory Models“ persönliche Modelle, welche stets einen Bezug zu einer bestimmten Krankheitsepisode aufweisen. Die Heiler-Klient-Beziehung ist in wesentlicher Art und Weise von der kommunikativen Auseinandersetzung mit den Erklärungsmodellen aller Beteiligten geprägt (Kleinman 1980: 104ff).

Über die Reichweite seines Modells, das wie Kleinman vielfach betont ein „klinisches Modell“ ist, schreibt er:

“I am primarily interested in a microscopic, internal, clinical view, but the model I employ does not ignore the large-scale external factors that other models emphasize” (1980: 27).

Dieser Blickwinkel, der bei aller Einbindung der makro-sozialen Ebene vor allem auf die Interaktionsebene zwischen Heiler und Klient ausgerichtet ist, war Ziel teilweise massiver Kritik vor allem aus dem Lager der zur damaligen Zeit aufkommenden

Critical Medical Anthropology. Die Betonung der „klinischen Ebene“ birgt aus der Sicht der Kritiker die Gefahr der Ausblendung analytisch relevanter makro-sozialer Zusammenhänge, in welche sie eingebunden ist.

### **3.1.2.2. Der Weg zur Heilung: Illness-Response Models**

Jene Modelle, deren Fokus auf dem Prozesshaften des Gesundheitsverhaltens liegt, werden als „Illness-Response-Models“ bezeichnet. Sie nähern sich dem Phänomen des Gesundheitsverhaltens auf eher allgemeine Art und Weise. Dieser von den „Utilisation Models“, welche sich zu einem Großteil auf ein bereits eingetretenes Krankheitsgeschehen und darauf folgende Handlungen beziehen, unterschiedlicher Zugang beschäftigt sich eher auch mit präventiven, gesundheitserhaltenden Praktiken. „Illness-Response-Models“ haben zum Großteil einen psychologischen (Entstehungs)hintergrund. Sie verstehen sich als Modelle, welche die Bedeutung von sozialer Kognition hervorheben, die individuelle Wahrnehmung von sozialer Umgebung (MacKian 2001: 7).

Im Hinblick auf den Fokus auf das Individuum und seine sozio-kulturelle Realität können „Illness-Response-Models“ als emische Modelle bezeichnet werden, wobei ebendieser Zugang bei allen Vorteilen hinsichtlich der analytischen Fassbarmachung bestimmter innerer und äußerer Vorgänge Anlass zu Kritik gab (MacKian 2001).

### **„Health Belief Model“**

Das “Health Belief Model” stammt aus der Sozialpsychologie und wurde in den 1950er Jahren entwickelt. Es ist noch immer eines der bekanntesten Modelle und wird, angepasst an das jeweilige Interesse, weiterhin in Public – Health – Untersuchungen eingesetzt. (Hausmann-Muela et al. 2003: 9f).

Die heute zur Anwendung gebrachte Form des Modells begreift Gesundheitsverhalten als komplexes Geschehen, das von folgenden Faktoren beeinflusst wird. Sheeran und Abraham (1995) definieren die fünf Faktoren folgendermaßen.

Erstens spielen Überzeugungen über die Auswirkungen der Krankheit und deren Konsequenzen eine wesentliche Rolle. Diese Überzeugungen basieren auf der wahrgenommenen Anfälligkeit gegenüber der Krankheit und deren wahrgenommenen Schweregrad und den daraus zu erwartenden Konsequenzen. Zweitens ist die sogenannte „health motivation“, die Bereitschaft sich mit der eigenen Gesundheit, mit deren Erhaltung und Wiedererlangung, auseinander zu setzen, von großer Bedeutung. Drittens haben Überzeugungen, welche den Einsatz von Gesundheitsinterventionen, deren Verfügbarkeit und Aufwand betreffen, großen Einfluss. Diese Überzeugungen werden geprägt von der wahrgenommenen Nützlichkeit von Gesundheitsinterventionen und den wahrgenommenen Schranken, welche bestimmte Gesundheitsinterventionen hemmen. Viertens spielen sogenannte „cues to action“ eine wichtige Rolle. Darunter fallen innere und äußere Faktoren, wie z.B. Gesundheitskampagnen oder Ratschläge des Umfeldes. Fünftens sind demographische und psychologische Faktoren mit einzubeziehen (Sheeran / Abraham 1995).

Obwohl das „Health Belief Model“ ein vielschichtiges Modell darstellt, welches sowohl innere als auch äußere Faktoren zur Analyse von Gesundheitsverhalten heranzieht und dabei besonderes Augenmerk auf inner-personale Entscheidungsprozesse legt, verbleiben einige wesentliche Aspekte dennoch unberücksichtigt. Wie Hausmann-Muela et al. (2003) über die Mängel des Modells schreiben:

„While there is evidence that perceived susceptibility, severity, benefits and barriers of the HBM are relevant factors in health behaviour (..), the HBM neglects further determinants which are present in other models, like previous experiences, advantages of mal-adaptive behaviour, behavioural intention, perceived control etc“ (ibid: 10).

Das Menschenbild des “Health Belief Models”, das Individuen als gewissermaßen aus ihrem sozialen Raum herausgelöste vor allem an wirtschaftlicher Rentabilität orientierte Entscheidungsträger versteht, war Gegenstand massiver Kritik (MacKian 2001).

## **Die “Theory of Planned Behaviour” und die “Theory of Reasoned Action”**

Zwei weitere Modelle lassen sich den Illness Response – Modellen zuordnen: die Theorie der wohldurchdachten Handlung und ihre weiterentwickelte Form, die Theorie des geplanten Verhaltens. Diese beiden von den Psychologen Ajzen und Fishbein (1970) entwickelten Theorien beschränken sich nicht auf den medizinischen Bereich. Vielmehr ermöglicht der Einsatz der Modelle das Verhalten von Personen in jedem untersuchten Bereich vorherzusagen.

Beim Einsatz des Modells der wohldurchdachten Handlung wird versucht durch Bezugnahme auf folgende Aspekte das Verhalten von Personen voraus zu sagen. Einerseits werden die Einstellungen zu einem bestimmten Verhalten untersucht, welche auf Überzeugungen bezüglich der Auswirkungen dieses Verhaltens beruhen. Andererseits spielen die subjektive Norm, welche sich auf übergeordnete soziale Normen gründet, eine Rolle (Rigler 1999: 1ff). Das Ausklammern von demographischen Faktoren und anderen externen Faktoren gab Anlass zu Kritik an diesem Modell (Miniard / Cohen 1981; Liska 1984).

Die auf bestimmte Einwände hin entwickelte Theorie des geplanten Verhaltens umfasst folgende Komponenten. Neben den beiden Hauptpunkten „Einstellung zum Verhalten“ und „subjektive Norm“ wurde ein weiterer wesentlicher Punkt, namentlich „wahrgenommene Kontrolle“ hinzugefügt. Dieses abgewandelte Modell wurde bisher nur in wenigen Studien zum Einsatz gebracht (Rigler 1999: 5f).

### **3.1.3 Kritik an den Modellen und Bedeutung für diese Arbeit**

Wie oben erwähnt findet die modellhafte Beschäftigung mit dem Phänomen Gesundheitsverhalten meist in einem interdisziplinären Bereich statt. Dieser interdisziplinäre Charakter beinhaltet bestimmte Schwierigkeiten und Herausforderungen, wie zum Beispiel die Verwendung von Begrifflichkeiten und Bedeutungen von Konzepten und ihre Verbundenheit mit besonderen theoretischen

Perspektiven verschiedener Disziplinen. Es stellt sich die Frage nach dem Geltungsbereich von Erkenntnis, insbesondere in der interdisziplinären Arbeit. Eine ausführliche diesbezügliche Problematisierung der Interdisziplinarität aus wissenschaftstheoretischer Sicht findet sich bei Wallner (1990).

Eine schwerwiegende Kritik an dem Einsatz von Modellen des Gesundheitsverhaltens und an diesen Modellen selbst formulierte der Kultur- und Sozialanthropologe Byron Good (1994). Wie oben angekündigt, sollen an dieser Stelle Goods Argumente besprochen werden und die Konsequenzen für die Rolle von Modellen des Gesundheitsverhaltens für die vorliegende Untersuchung dargelegt werden.

Goods Kritik reicht tief ins Wissenschaftsverständnis und ins disziplinäre Selbstverständnis der Kultur- und Sozialanthropologie. Seine Grundthese bezieht sich auf das teilweise unreflektierte Selbstverständnis der Sozialwissenschaften als positivistisch ausgerichtete Wissenschaften. Dieses Selbstverständnis korrumpiere bzw. gefährde in nicht zu unterschätzender Weise den Wert und die Gültigkeit von Forschung. Wie Good (1994) über die Relevanz des diesbezüglichen Diskurses für die Medical Anthropology schreibt:

„At stake are (...) various debates in anthropology today about how we conduct cultural studies and ultimately about what kind of human science anthropology should be. (...) A medical anthropologist that ignores epistemological worries is certain to reproduce important dimensions of conventional knowledge in an unexamined fashion” (ibid: 6).

Goods Ansatzpunkt ist die Epistemologie, seine Problematisierung von begrifflichen Paradigmen legt bestimmte Strukturen offen, welche die Ausrichtung und die grundlegende Perspektive von Wissenschaftlichkeit verdeutlichen. Die im obenstehenden Zitat verdeutlichte Gefahr der unreflektierten Reproduktion etablierten Wissens ist ein wesentlicher Aspekt der Kritik von Good. Darin liegt ein weitreichendes Anliegen, das nichts weniger ambitioniertes als die Neuverortung des sozial-wissenschaftlichen Projektes zum Ziel hat. Die Medical Anthropology wird in diesem Sinn als Schlüssel-Disziplin innerhalb der Kultur- und Sozialanthropologie verstanden, in deren Diskursen theoretische Debatten von allgemeiner Relevanz geführt werden (Good 1994: 3).

Die Problematisierung des positivistisch ausgerichteten Wissenschaftsverständnisses kann seit den 1980er Jahren auf eine einigermaßen etablierte kritische Auseinandersetzung zurückblicken. Die postmoderne Wende in den Sozialwissenschaften, insbesondere unter dem Einfluss feministischer Theorien, veranlasste ein grundlegendes Hinterfragen auch des medizinischen Bereiches.

Dennoch scheint die Legitimationsmacht der Naturwissenschaften nach wie vor groß zu sein. Gleichzeitig scheinen die ihr zugrunde liegenden Strukturen von Erkenntnis im Sinne einer Foucault'schen (1977) Bio – Macht weiterhin auch für die Sozialwissenschaften einflussreich.

Wenn es Tendenzen und Bestrebungen innerhalb der Medical Anthropology gibt, eine biologisch-physiologische Grundlage für das medizin-anthropologische Projekt anzunehmen, „[that] focuses on ‘cross-cultural comparative studies of human physiological processes’ which are ‘essentially the same species-wide’ and can serve as external referents (..)“ (Good: 1994: 6), dann lässt sich dies durchaus als ein Hadern damit lesen, wie weit man in der dekonstruierenden Arbeit gehen könne bzw. dürfe.

Nahezu alle Modelle des Gesundheitsverhaltens sind von den oben beschriebenen problematischen Aspekten geprägt. Diese zeigen sich in einer tief verwurzelten Dichotomie, welche die AkteurInnen des medizinischen Feldes in ExpertInnen und Nicht-ExpertInnen teilt. Diese Unterscheidung betrifft zum einen die Interaktions-Achse NutzerInnen/AnbieterInnen, zum anderen betrifft sie die Strukturierung des medizinischen Feldes in Biomedizin und Nicht-Biomedizinen. Wie Byron Good (1994) hierzu feststellt, spielt in diesem Kontext das Konzept von „belief“, welches man im Deutschen am treffendsten mit dem Begriff „Vorstellung“ bezeichnen könnte, eine wesentliche Rolle. Wichtige Modelle des Gesundheitsverhaltens wie das „Health Belief Model“ zeugen bereits mit ihrem Namen von der Relevanz des Konzeptes. Die grundlegende Annahme, welche allen betreffenden Modellen zugrunde liegt, lässt sich folgendermaßen skizzieren. Es wird eine analytische Trennung zwischen Vorstellungen („beliefs“) und Handlungen („practices“) vorgenommen, wobei diese beiden Komponente in Beziehung zueinander gesetzt werden. Das Individuum wird als rationale Person verstanden, welche zwischen diesen beiden Komponenten gewissermaßen vermittelt. Vorstellungen lassen sich so als eine Art innere Basis konzipieren, die unter bestimmten äußeren Einflüssen nach außen hin Handlung

bewirken. Jene inneren Vorstellungen waren lange Zeit Thema intensiver Beschäftigung der medizinischen Kultur- und Sozialanthropologie. Auch die Psychologie und Soziologie bezogen sich auf diese in ihren Modellen und Theorien des Gesundheitsverhaltens (Good 1994: 29ff).

Die logische Abfolge bzw. der logische Kreislauf von Vorstellungen und Handlungen wird jedoch der Komplexität des Phänomens Gesundheitsverhalten nicht gerecht. Zu eindeutig entspricht diese Sichtweise exakt den dualistischen Erkenntnisstrukturen der naturwissenschaftlich-geprägten Biomedizin (Good 1994: 6ff).

Goods (1994: 6) Argumentation identifiziert diese (oftmals) unreflektierte Haltung als ungeeignet dafür, als Vergleichsbasis für kulturvergleichende Forschung zum Einsatz gebracht zu werden. Er widerspricht mit dieser Befundung einigen Stimmen innerhalb der Medical Anthropology, welche wie Joseph Loudon (1976) meinen:

„[that] there are (..) certain categories of more or less universal reference (..) available which, if used with reasonable caution, make possible comparative analysis over time and space” (ibid: 38).

Doch nicht nur in kulturvergleichenden Zusammenhängen scheint eine analytische Vorgehensweise, welche die Aspekte der Vorstellungen jenen der Handlungen gegenüberstellt, unangebracht. Auch in der Untersuchung des Gesundheitsverhaltens in „westlichen“ Forschungsfeldern ist eine Abkehr von diesem etablierten Grundthema angezeigt. Es ist zwar festzustellen, dass auch konventionelle Modelle des Gesundheitsverhaltens einen gewissen Grad an Erfolg vorweisen können. Es stellt sich allerdings die Frage, welche tiefer gehenden Erkenntnisse verdeckt bleiben, weil sie bereits durch die Eigenschaften solcher Modelle von Beginn an ausgeschlossen werden (Good 1994: 42ff).

In der vorliegenden empirischen Untersuchung wurde bewusst auf den Einsatz bestimmter Erklärungsmodelle des Gesundheitsverhaltens verzichtet. Die in diesem Kapitel besprochenen problematischen Aspekte der Modelle forderten einen anderen Umgang mit diesen heraus. Die grundlegenden Themen und Komponenten wurden während des Forschungsprozesses miteinbezogen, jedoch in einer unverbindlichen Form. Der Fokus wurde auf eine möglichst offene Ausgangshaltung gelegt.

## **3.2. Das Konzept des Medizinpluralismus**

Das Konzept des Medizinpluralismus gehört seit der Herausbildung der Medical Anthropology (MA) als Teildisziplin der Kultur- und Sozialanthropologie (KSA) zu deren wichtigsten Konzepten. Das folgende Kapitel der Arbeit soll einen kurzen Überblick über Entstehen, Verwendung und Wandel dieses Konzeptes geben. Darüber hinaus werden auch kritische Haltungen dem Konzept des Medizinpluralismus gegenüber thematisiert und näher besprochen, und die Bedeutung für diese Untersuchung aufgezeigt.

### **3.2.1 Medizinpluralismus als Konzept der Medical Anthropology**

Definiert man Medizinpluralismus als Vorhandensein verschiedener, dem medizinischen Bereich zuzuordnender Ressourcen, dann lässt sich wohl kaum ein Ort oder eine Zeit finden, in der dieser Zustand nicht vorhanden war. Auch in der „westlichen Welt“ war und ist das Feld von Gesundheit, Krankheit und Behandlung auch nach der Etablierung der Biomedizin ein heterogenes Feld, das von unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten für die AkteurInnen dieses Feldes geprägt ist. Wie Horacio Fabrega (1997) in diesem Zusammenhang ausführt:

„It is arguable whether one could meaningfully speak of a society with but one integrated, continuous tradition pertaining to sickness and healing. What one is likely to find instead are societies with several distinct approaches to the medical, each tradition constituting an amalgam of ideas, explanatory frameworks, and healing practices. (..) it is probably the case that medical pluralism is a constant feature of any complex society“ (ibid: 13).

Fabrega verweist hier auf eine Haltung, welche sich in den Anfängen der Kultur- und Sozialanthropologie findet. Das Verständnis von „Kulturen als Inseln“, welche seit jeher eine einzige bestimmte Art zu leben bewahren, und als solche für Außenstehende erfahrbar und erforschbar sind. Die evidente Verbundenheit der Welt, die sich schon seit Jahrhunderten in teilweise engen wirtschaftlichen, politischen und

kulturellen Austausch befindet, wurde dieser durchaus willkommenen Vorstellung gegenüber ausgeblendet (Eriksen 2001).

Wie Eric Wolf (1997) hinsichtlich dieser Problematik in seinem richtungsweisenden Werk „Europe and the People Without History“ schreibt:

„what difference it would make to our understanding if we looked at the world as a whole, a totality, a system, instead of as a sum of self-contained societies and cultures (..)“ (ibid: 365).

Der Blickwinkel von MedizinanthropologInnen auf das Phänomen des Medizinpluralismus war bis in die 1980er Jahre ein überaus enger bzw. unsystematischer, insbesondere hinsichtlich des Medizinpluralismus in den (zumeist westlichen) Herkunftskulturen der ForscherInnen. Wie Crandon-Malamud (1991) rückblickend schreibt:

„In those days (1976) (..) we were dealing with the revelation that people use more than one medical system at the same time. We were just becoming aware of the fact that, contrary to assumptions that Western medicine would eventually eclipse all other medical systems, what we now call alternative medical systems were thriving, even proloferating. (..) The term `medical pluralism´ wasn't yet in use“ (ibid: 13f).

Die „soziale Realität des Medizinpluralismus“, wie sie in den 1980er Jahren von Kultur- und SozialanthropologInnen wie Arthur Kleinman (1980) erstmals auf systematische Art und Weise erfasst wurde, schien zum damaligen Zeitpunkt ein unerforschtes Feld für die Medizinanthropologie zu sein. Die Gründe hierfür sind vielschichtig und lassen sich unter anderem disziplingeschichtlich deuten. Die lange Tradition innerhalb der Kultur- und Sozialanthropologie das (ethno)medizinische Feld<sup>4</sup> in den Bereich der Religionsethnologie zu verweisen, die Aspekte des Rituals zu betonen und eine starke Hervorhebung der HeilerInnen bei durchgängiger Vernachlässigung deren KlientInnen und den Beziehungen zwischen diesen beiden Parteien, all diese Tendenzen scheinen einen verdeckenden Einfluss hinsichtlich des medizinpluralistischen Phänomens gehabt zu haben. Wie Kleinmann (1980) treffend befundet:

---

<sup>4</sup> Die Beschäftigung mit der eigenen (Herkunfts)Gesellschaft im Sinne einer modernen MA wurde erst zu Beginn der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts etabliert (McElroy / Townsend 1989: 58).

„The overwhelming distortion in medical anthropology, resulting from several decades of research, has been one in which healers were studied in isolation as the central component of medicine in society (..) neglect[ing] the crucial health care transactions as the central subject for clinically oriented anthropological research” (ibid: 205).

In der Fokussierung auf HeilerInnen schien sich eine lang gehegte implizite von „westlich-strukturierte“ Betrachtungsweise hinsichtlich der Einordnung von TeilnehmerInnen des medizinischen Geschehens auf einer Aktiv-Passiv-Skala wieder zu spiegeln. Wobei hier medizinisches Personal, im speziellen BiomedizinerInnen, eher dem aktiven Bereich zugeteilt wurden, während PatientInnen als weitestgehend passiv, als EmpfängerInnen eingeordnet wurden. Im Hinblick auf eine Kategorisierung von Arzt-Patient-Beziehungen entspricht eine solche Perspektive einem stark hierarchisierten Verhältnis (Tuckett 1977: 200; SZASZ / HOLLENDER 1956).

Seit den 1980er Jahren ist die Auseinandersetzung mit medizinpluralistischen Zusammenhängen zu einem der Kernbereiche der Medical Anthropology aufgestiegen. Parallel zu Kleinmans (1980) analytischen Zugang mittels Sektoren-Modells und den „Explanatory Models“ war eine andere Herangehensweise bis in die 1990er Jahre einflussreich. Ebendiese untersuchte das Phänomen des Medizinpluralismus auf einer systemischen Ebene, welche das medizinisch(pluralistisch)e Feld als ein potentielles Kontinuum strukturierten, das von einem strikt getrennten Nebeneinander medizinischer Systeme bis hin zu einem stark synkretisierten Miteinander reichte (Najarian 2004: 16ff).

Während Kleinmans Zugang bei aller Kritik bis heute Bestand hat, erwies sich der systemisch-orientierte Ansatz als problematisch. Die Strukturierung des medizinischen Feldes als System bzw. als eine Vielzahl an Systemen wurde als Ethnozentrismus kritisiert, der die grundlegende Logik der westlichen arbeitsteiligen Nationalstaaten widerspiegelte (Pedersen 1989).

Ein weitere grundlegende Schwierigkeit des systemischen Ansatzes betraf die Analyse der Nutzung medizinischer Ressourcen. Wie Najarian (2004) in Anlehnung an Blumhagen (1983) formuliert:

„(..) the emphasis on systems has led anthropologists to focus on the differences between medical systems and healing theories, overlooking functional similarities” (ibid: 17).

Die rezente Beschäftigung mit Medizinpluralismus in der Medical Anthropology ist vielfach von aktuellen Trends und Tendenzen in der gesamten Kultur- und Sozialanthropologie im Speziellen und von jenen der Sozialwissenschaften im Allgemeinen beeinflusst. (Inter-)disziplinäre Diskurse über Thematiken wie z.B. Prozesse der Globalisierung formulieren nicht nur neue Probleme und (Forschungs-)Fragen, sondern eröffnen ebenso Raum für neue Zugänge und Positionen.

Sarah Cant und Ursula Sharma (1999) folgend kann in diesem Zusammenhang von einem „New Medical Pluralism“ gesprochen werden, der das medizinische Feld als Kategorie zu rezenten gesellschaftlichen Veränderungsprozessen in Beziehung setzt.

### **3.2.2 Kritik am Konzept des Medizinpluralismus**

Gegen das medizinpluralistische Konzept als analytische Kategorie und gegen die Perspektive, aus welcher mit dieser Kategorie gearbeitet wurde, wurden von verschiedenen Seiten her Einwände erhoben. Wesentlichen Argumentationen sollen an dieser Stelle Platz eingeräumt und ihre Implikationen für eine zukünftige Auseinandersetzung diskutiert werden.

Viele dieser kritischen Argumentationen bezüglich des Konzepts und seinen Implikationen lassen sich nicht an Autoren festmachen. Vielmehr sind es Überlegungen und offene Fragen, welche sich oft aus konkreten Forschungserfahrungen und weniger aus epistemologischen Auseinandersetzungen ergaben und teilweise nicht explizit gemacht wurden.

Im folgenden sollen jedoch wesentlichen Kritiken zweier einzelner Autoren vorgestellt werden, welche aus unterschiedlichen Kontexten stammen. Gemeinsam ist ihnen ein breites Interesse an jenen Phänomenen, welche sich aus der Nutzung von „fremden Heilsystemen“ ergeben, und deren Untersuchbarkeit.

Die erste Argumentation, welche vorgestellt werden soll, stammt von der englischen Sozialwissenschaftlerin Ursula Sharma (2000), welche sich im weitesten Sinne mit der Etablierung von CAM-Ressourcen in westlichen Gesundheitssystemen beschäftigt.

Sharma kritisiert an der Debatte um den Medizinpluralismus, besonders an der soziologischen Auseinandersetzung mit CAM, die einseitige Fokussierung auf „*medical dominance*“ (Cant / Sharma 1999: 157) womit die (ungleichen) Machtverhältnisse des medizinischen Feldes gemeint sind, besonders im Hinblick auf Legitimation und die daraus entstehenden komplexen soziokulturellen und ökonomischen Konsequenzen (Sharma: 2000: 219). Dieses Konzept beschwört ihrer Ansicht nach das Bild „*of a heroic struggle between alternative practioners and organised biomedicine*“ (ibid: 219), welches einer differenzierten Auseinandersetzung mit dem Phänomen CAM abträglich ist.

Wie Najarian (2004) in Anbetracht dieser Dichotomisierung ausführt:

„(..) medical pluralism is often studied from the perspective of Western medicine vis-à-vis local systems – one of opposition and contrast rather than integration“ (ibid: 16).

Sharma (Cant / Sharma 1999: 14f) schlägt in ihrem zusammen mit Sarah Cant verfassten Buch „A new Medical Pluralism“ als Alternative zu dieser oppositionellen Kontrastierung eine Strukturierung des westlichen<sup>5</sup> medizinpluralistischen Forschungsfeldes in die vier Bereiche „users“ (NutzerInnen), „the medical profession“, „the state“ und „providers of CAM“ vor. So sollen komplexe sozio-kulturelle Zusammenhänge sichtbar, greifbar und analysierbar gemacht werden.

Eine solche Position bedeutet zugleich einen Bruch mit einer jahrzehntelangen Tradition in der CAM-Forschung, welche zum überwiegenden Teil auf die Dichotomie „NutzerInnen/Nicht-NutzerInnen“ hin und auf deren Charakterisierung ausgerichtet war. Sei es die Gruppe der „NutzerInnen“, welche einigermaßen kontextlos der Gruppe der „Nicht-NutzerInnen“ gegenübergestellt wird, sei es die Gruppe der „practitioners“, welche zum Gegenspieler einer „medical profession“ stilisiert wird, die Abkehr von einer solchen Überbetonung *einer* Gruppe von

---

<sup>5</sup> Sharmas hauptsächliches regionales Interesse gilt England und seiner spezifischen diesbezüglichen Situation.

Akteuren, markiert einen wesentlichen methodischen Paradigmenwechsel in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit CAM (Sharma 2000: 213f).

Hinsichtlich Sharmas (2000) Einwänden gegen den „traditionellen“ Einsatz des Konzeptes des Medizinpluralismus lassen sich verschiedene Punkte festhalten, welche über die Beschäftigung mit CAM hinausweisen. Wie an vorangegangener Stelle angesprochen, beeinflusste der Kontext der Entstehung der Medical Anthropology als vor allem interdisziplinär-angewandte Disziplin in nicht zu unterschätzender Weise die wissenschaftlichen Perspektiven und Konzepte, unter deren Einfluss geforscht wurde. Soheir Morsy (1990) bringt die Grundproblematik der Abhängigkeiten auf den Punkt wenn sie schreibt, dass:

„Medical Anthropology is rooted in applied research designed to facilitate the introduction of Western biomedical health care into impoverished communities of the allegedly developing world“ (ibid: 29).

Sharmas (2000) kritische Position gegenüber einem wissenschaftlichen Diskurs, der stark über die Achse „Dominanz“ und „Dissidenz“ verläuft, veranlasst in diesem Lichte die Notwendigkeit einer subdisziplinären Reflexion. Es gilt zu ergründen inwiefern ein solcher Art geführter Diskurs mit der Nähe der Medical Anthropology zur Biomedizin in Zusammenhang steht und daraus folgend Herrschaftsverhältnisse bzw. diesbezügliche Ansprüche reproduziert. Die Bezeichnungen „Dominanz“ und „Dissidenz“ erinnern stark an das unter anderem von Morsy (1990) angesprochene langjährige disziplinäre Verhältnis zwischen Biomedizin als Wissenschaft mit hoher Legitimationsmacht und Medical Anthropology als deren mehr oder weniger kritischem Verbündeten, der, wie noch Foster und Anderson (1972) postulieren, einerseits als „*constructive critic of [Western] medicine*“ (ibid: VI ) tätig sein sollte und andererseits die Rolle als Vermittler zwischen Biomedizin und „traditionellen Gesellschaften“ zu erfüllen hätte, die darin bestünde, „*[that anthropologists are] trying to understand the changing health behaviour of tribal and peasant peoples and (...) trying to help change traditional views*“ (ibid: 227).

Eine weitere und bedeutsame Kritik am Konzept des Medizinpluralismus selbst stammt von dem Soziologen Gil-Soo Han (2002), welcher eine von der analytischen

Philosophie beeinflusste kritisch-realistische Position vertritt, wie sie in der Medizinanthropologie unter der Bezeichnung „critical anthropological realism“ vertreten wird. Sein Zugang beinhaltet außerdem Elemente der marxistischen Theorie, welche der Political Economic Medical Anthropology und der Critical Medical Anthropology nahe stehen (Baer et al. 2003).

In seinem Essay „The Myth of Medical Pluralism: A Critical Realist Perspective“ (2002) argumentiert Han, dass Medizinpluralismus keine geeignete Kategorie sei, um jene Phänomene zu analysieren, auf deren Untersuchung es abzielt.

Er geht so weit zu behaupten, dass das Konzept kaum Erkenntnisgewinn möglich mache, sondern im Gegenteil mehr verdecke als enthülle. Seiner Ansicht nach lässt das Arbeiten mit der medizinpluralistischen Idee wichtige Komponenten außer Acht, wie z.B. die Beziehung des Gesundheitssystems zum Wirtschaftssystem. Han formuliert dazu:

“In contemporary capitalist societies the key structuring/generative mechanism affecting the form and content of medical systems derives from the commodification of health care. This pervades both orthodox medicine and its various alternatives. Thus the reality of medical pluralism is illusory” (2002: 1).

In diesem Sinn stellt Han (2002) Medizinpluralismus als analytische Kategorie grundsätzlich in Frage. Er vertritt damit eine radikalere Position als Sharma (2000), wemgleich seine Haltung auf ähnlichen Zweifeln beruht, was die Sinnhaftigkeit medizin-soziologischer bzw. medizin-anthropologischer Forschungstraditionen auf epistemologischer Ebene betrifft.

Die zu stellende Frage, welche sich aus Hans Artikel ergibt, bezieht sich somit auf die Sinnhaftigkeit der Verwendung und Beibehaltung eines Konzeptes, das bereits in seiner Begrifflichkeit zweifelhaft zu sein scheint. Es gilt nach dem analytischen Wert zu fragen, den die medizinpluralistische Kategorie für sich zu beanspruchen sucht, und nach den Grenzen dessen, was sich durch sie erkennen lässt.

### **3.2.3 Bedeutung des Konzeptes für diese Arbeit**

Wie zuvor dargestellt hat Medizinpluralismus eine Tradition als eines der wesentlichen Konzepte der Medical Anthropology seit den 1980er Jahren. In diesem Kapitel soll die Bedeutung des Konzeptes für diese Untersuchung besprochen werden. Es gilt sich mit der Frage nach der Sinnhaftigkeit und Brauchbarkeit der Kategorie Medizinpluralismus zu beschäftigen, besonders im Hinblick auf aktuelle kritische Stimmen, eine Auswahl derer im vorangegangenen Kapitel präsentiert wurde.

Zuallererst mag es dennoch erstaunen, dass im Rahmen einer Untersuchung wie dieser das Konzept des Medizinpluralismus in Zweifel gezogen wird. Es hat den Anschein als ob der Forschungsgegenstand selbst den Gebrauch rechtfertigen könne, geht es doch um die Nutzung einer bestimmten medizinischen Therapiemethode im Kontext von verschiedenen zur Verfügung stehenden medizinischen Therapiemethoden.

Doch im Hinblick auf die im vorangegangenen Kapitel aufgeworfenen Fragen scheint es unumgänglich sich mit den verschiedenen Einwänden und Argumenten zu befassen. Erst durch eine solche Auseinandersetzung wird es möglich, sich über die Bedeutung des Konzeptes Medizinpluralismus und die Art und Weise seines Einsatzes in dieser Untersuchung klar zu werden.

In Anlehnung an Horacio Fabrégas (1997) obenstehende Feststellung, wonach jede komplexe Gesellschaft medizinpluralistisch im weitesten Sinne sei, wurde im Rahmen dieser Untersuchung das zu erforschende Feld als medizinpluralistisch definiert. Die Auseinandersetzung mit den zuvor angesprochenen Schwierigkeiten, welche sich aus einer solchen Definition ergeben, führte zur Klärung wichtiger im Verlauf der Forschung aufkommender Fragen und erwies sich für diesen als äußerst hilfreich.

Wie Cant und Sharma (1999) treffend befundeten, stellt die mangelhafte Strukturierung des medizinpluralistischen Feldes ein wesentliches Hindernis für dessen Erforschung dar. Ihr Aufruf zu einer gewissermaßen „ganzheitlichen“ Betrachtungsweise, welche den Fokus auf alle beteiligten Akteure und Bereiche

richtet, ist vor allem auch als Forderung nach mehr Kontextualität zu lesen. Dieser Forderung wird in der vorliegenden Arbeit genüge getan, in dem die spezifische gesundheitspolitische Situation hinsichtlich der Traditionellen Chinesischen Medizin in Österreich besprochen wird. Darüber hinaus wird sie in Kapitel 5 in der Strukturierung des Forschungsfeldes der Untersuchung verwirklicht.

Der Einsatz von Medizinpluralismus als perspektivisch weit gefasstes Konzept, das sich über die Ebene der NutzerInnen hinaus erstreckt, und auch andere relevante Akteure und Bereiche zur Analyse heranzieht, ist für diese Untersuchung sinnvoll und notwendig. Auch wenn die Forschungsfrage (vgl. Kapitel 4.1.) dezidiert auf die Seite der NutzerInnen abstellt, wird im Sinne von Cant und Sharma (1999) diese Seite mit den anderen vorhandenen Seiten in Beziehung gesetzt, sofern diese anderen Seiten von Bedeutung sind.

Der von Han (2002) aufgeworfenen Frage nach der Kommodifizierung von Gesundheitsleistungen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen für das Konzept des Medizinpluralismus, wird durch die oben angesprochene Kontextualisierung des Nutzungsverhaltens grundlegend begegnet. Durch die in Kapitel 4.3.3. näher besprochene Betonung von medizinischen Ressourcen gegenüber von medizinischen Systemen wird versucht potentiell verdeckenden analytischen Wegen entgegenzuwirken. In der Auseinandersetzung mit medizinischen Ressourcen kann keineswegs von freiem Zugang oder von egalitärer Struktur ausgegangen werden<sup>6</sup>, welche sich in einem soziokulturellen Bedeutungsvakuum befinden. Wie Han (2002) argumentiert scheint das Gegenteil zuzutreffen und darf keinesfalls außer Acht gelassen werden.

Auf den Einsatz des Konzeptes des Medizinpluralismus zu verzichten, kann für diese Untersuchung nicht als sinnvoll erachtet werden, es gilt viel eher sich die Problematiken des Begriffes stets vor Augen zu führen und die verschiedenen Implikationen in der Analyse der erhobenen Daten mitzudenken. Die Herausforderung besteht darin, die medizinpluralistische Struktur des Feldes zu bestimmen und mit der Forschungsfrage in Beziehung zu setzen und hieraus bedeutsame Antworten zu gewinnen.

---

<sup>6</sup> Auch Arthur Kleinman (1980) wies bereits auf die Wichtigkeit der Einbeziehung der Kategorie Macht im Zusammenhang mit der Untersuchung von Gesundheitsverhalten hin.

## 4. Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) in Theorie und Praxis

*Denn Sein und Nichtsein erzeugen einander.  
Schwer und Leicht vollenden einander.  
Lang und Kurz gestalten einander.  
Hoch und Tief verkehren einander  
Stimme und Ton sich vermählen einander.  
Vorher und Nachher folgen einander..<sup>7</sup>*

Bevor in den weiteren Kapiteln dieser Arbeit die durchgeführte Untersuchung ausführlich besprochen werden soll, scheint es zunächst sinnvoll wichtige Konzepte, Begriffe und Arbeitsweisen der TCM zu thematisieren. Drei der wesentlichen Konzepte der Traditionellen Chinesischen Medizin, namentlich Yin und Yang, Qi und die fünf Wandlungsphasen sollen in ihrer grundlegenden Bedeutung und hinsichtlich ihrer Relevanz für die therapeutische Arbeit besprochen werden, die fünf Säulen der traditionellen chinesischen medizinischen Behandlung, Akupunktur, Arzneitherapie, Taiji und Qi Gong, Lebensstil, sollen ebenfalls erläutert werden.

Darüber hinaus soll die Situation der TCM in Österreich in kompakter Art und Weise besprochen werden. Dabei soll auf gesetzliche Regelungen, Organisation, Institutionalisierung und Praxis eingegangen werden. Die betreffenden Darstellungen sollen nicht dem Anspruch der Vollständigkeit gerecht werden, sondern sind im Zusammenhang mit der Thematik dieser Arbeit zu verstehen.

---

<sup>7</sup> Tao Te King, 1. Teil, 2. Abschnitt

## **4.1 Theoretische Aspekte der Traditionellen Chinesischen Medizin**

An dieser Stelle werden in kurzer Form die wesentlichen Konzepte, Begriffe und Arbeitsweisen der Traditionellen Chinesischen Medizin dargestellt. Wie oben erwähnt soll dabei keinem enzyklopädischen Anspruch gerecht worden werden, sondern vielmehr ein Eindruck dessen vermittelt werden, worauf es in diesem medizinischen System ankommt.

Dazu werden moderne Texte herangezogen – vor allem Ted Kaptchuks (1983) umfassendes, kulturell-sensitives und wissenschaftstheoretisch angelegtes „Das große Buch der chinesischen Medizin“ – durch die eine Annäherung an die Kosmologie und das Menschenbild in der Traditionellen Chinesischen Medizin versucht werden soll.

### **4.1.1. Dimensionen von Gesundheit und Krankheit: Yin und Yang, Qi, die fünf Wandlungsphasen**

Die TCM ist in ihrer Gesamtheit von einer synthetischen Logik geprägt, welche sich dadurch bestimmen lässt, dass sie sich zum Ziel setzt, bestimmte Symptome bzw. Zeichen zu bestimmten Mustern zu ordnen. Demgegenüber wird in der analytisch-logisch geprägten Biomedizin danach gestrebt:

„durch präzise Diagnose (...) eine exakte, quantifizierbare Beschreibung eines möglichst abgegrenzten Bereiches [zu geben]“ (Kaptchuk 1983: 15).

Wenn man im Sinne von Jean Comaroff (1982) das komplexe Feld der Medizin als symbolische Repräsentation versteht, dann verdankt sich in diesem Zusammenhang die Biomedizin einem neuzeitlich geprägten dualistischen Welt- und Menschenbild und wirkt in dessen Implikationen. Comaroff schreibt dazu:

„ [Biomedicine] asserts a cogent, if implicit world-view, centred upon man as self-determining, biologically contrived individual, who exists in a context of palpable

facts and material things. In this context events are regulated by impersonal `natural` laws, rather than social ties and interests” (1982: 57).

Die Traditionelle Chinesische Medizin und ihr Welt- und Menschenbild sind demgegenüber im Lichte von Daoismus und Konfuzianismus zu sehen und zu verstehen, welche von anderen Verhältnisse zwischen den Menschen und deren Umgebung ausgehen. Daoistische Vorstellungen sehen den Menschen als sich in harmonischer Beziehung zum Kosmos befindend, konfuzianistische Vorstellungen betonten die Harmonie auf Ebene der Gesellschaft (Kirchhoff 2006: 108ff). Die TCM ist außerdem „von buddhistischen Einflüssen mitgeprägt“ (ebd: 111).

Bezüglich der Darstellung der Konzepte und Begriffe der TCM ist anzumerken, dass es gewisse grundsätzliche Problematiken gibt. Zum einen sind Übersetzungen medizinischer Texte der TCM durchgehend mangelhaft, was zum einen an Fehlinterpretationen der Konzepte und Begriffe durch verschiedene AutorInnen liegt. Zum anderen ist dies in der Schwierigkeit begründet, passende Begriffe in den jeweiligen Übersetzungssprachen zu finden. Eine große Gefahr liegt in falschen Bedeutungsinhalten von herangezogenen Begriffen, welche einer vollkommen anderen Denktradition entsprechen (Kaptchuk 1983: 14f). Die diesbezügliche Problematik ist in den letzten Jahren vermehrt in den Vordergrund getreten und veranlasste die Schaffung von verschiedenen Übersetzungsprojekten.<sup>8</sup>

#### **4.1.1.1. Yin und Yang**

Ein wesentliches Konzept der TCM ist jenes von Yin und Yang, die sich als wirkende Prinzipien, als komplementäre, polare Gegensätze und als universales, relatives Kategoriensystem definieren lassen, welches sich in seinen Grundsätzen der Philosophie des Taoismus verdankt. Das Yin-Yang-Konzept ist das älteste der hier

---

<sup>8</sup> Es sei an dieser Stelle auf ein laufendes interdisziplinäres Forschungsprojekt hingewiesen, an dem unter anderem österreichische Wissenschaftler wie Prof. Friedrich Wallner (Universität Wien) teilnehmen.  
(<http://www.medchin.at/uploads/media/KurzberichtTerminologyWorkshopBeijing2007.pdf>, Zugriff am: 21.Mai 2009)

besprochenen Konzepte der Traditionellen Chinesischen Medizin, seine Anfänge reichen weit über 2000 Jahre zurück (Kaptchuk 1983: 19ff).

Ein treffendes Bild, das einen verständlichen Eindruck von der Bedeutung des Yin und des Yang vermittelt, ist jenes des Hügels. Yin repräsentiert die „schattige Seite des Hügels“ und alle Aspekte, Qualitäten und mögliche Assoziationen hierzu (z.B. Passivität, Abnahme, Dunkelheit, das Innere), Yang stellt die „sonnige Seite des Hügels“ dar (z.B. Aktivität, Zunahme, Licht, das Äußere) (Kaptchuk 1983: 20).



Abbildung 1: Traditionelles Yin-Yang-Symbol (Kaptchuk 1983: 25)

Zur Bedeutung von Yin und Yang als Kategoriensystem lassen sich in Anlehnung an Kaptchuk (1983) folgende allgemeine Aussagen treffen. Yin und Yang stellen relative Aspekte aller Dinge dar, welche die Unterscheidung dieser Dinge nach Yin- und Yang-Aspekten ins Unendliche ermöglichen. Sie schaffen, kontrollieren und verwandeln sich in einander (vgl. Kapitel 3.1.1.3.).

#### **4.1.1.2. Qi**

Ein weiteres zentrales Konzept der TCM ist das Konzept des „Qi“. Wie oben angedeutet, ist eine direkte Übersetzung von chinesischen Begriffen in die deutsche Sprache von zweifelhaftem Wert. Sinnvoller ist es, Bilder heranzuziehen, welche den Bedeutungsinhalt des Begriffes verständlich wiedergeben. Kaptchuk (1983) versucht unter Bezugnahme auf Begriffe aus der Tradition der europäischen Philosophie eine Darstellung:

„vielleicht können wir uns Qi als Materie an der Grenzlinie zur Energie oder als Energie am Punkt der Materialisierung vorstellen“ (ibid: 46).

Genau wie die anderen hier vorgestellten Konzepte der TCM, ist Qi nicht nur ein medizinischer, sondern ein philosophischer Begriff, der sich auf mehreren Ebenen beschreiben lässt. Er hat Anteil an der Menschwerdung, ist Quell und Begleitung aller Bewegung im menschlichen Körper), schützt und wärmt diesen, zeichnet für harmonische Transformation innerhalb des menschlichen Körpers verantwortlich und regelt die Bewahrung von Köpersubstanzen und Organen. Es gibt verschiedene Arten des Qi, welche mit bestimmten Funktionen bzw. bestimmten Teilen des Körpers assoziiert werden (Kaptchuk 1983: 45ff).

#### **4.1.1.3. Die fünf Wandlungsphasen**

Das letzte wichtige Konzept der TCM, welches an dieser Stelle vorgestellt werden soll, ist das Konzept der fünf Wandlungsphasen. Historisch betrachtet ist es ein jüngeres Kategoriensystem (ca. 400 v. Chr.) als jenes von Yin und Yang, wobei letzteres aufgrund seiner Flexibilität für die ärztliche Tätigkeit mehr praktischen Wert besitzt. Das Konzept der fünf Wandlungsphasen ist dem gegenüber eher mechanisch ausgerichtet (Kaptchuk 1983: 390ff).

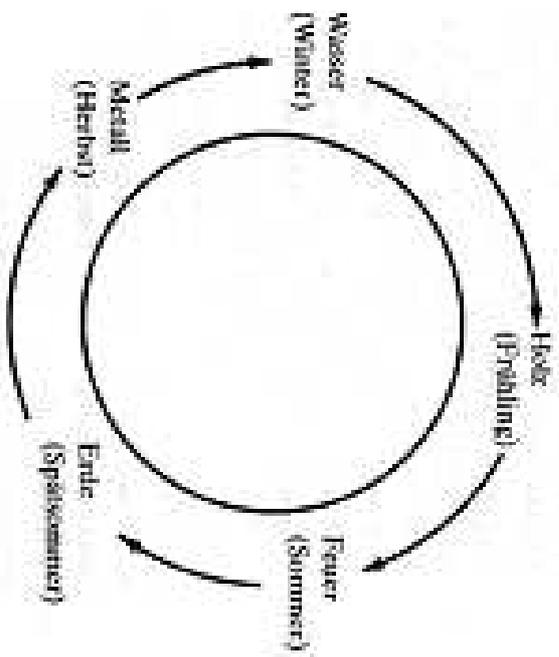


Abbildung 2: Naturzyklus(links) (Kapitel 1983: 392);

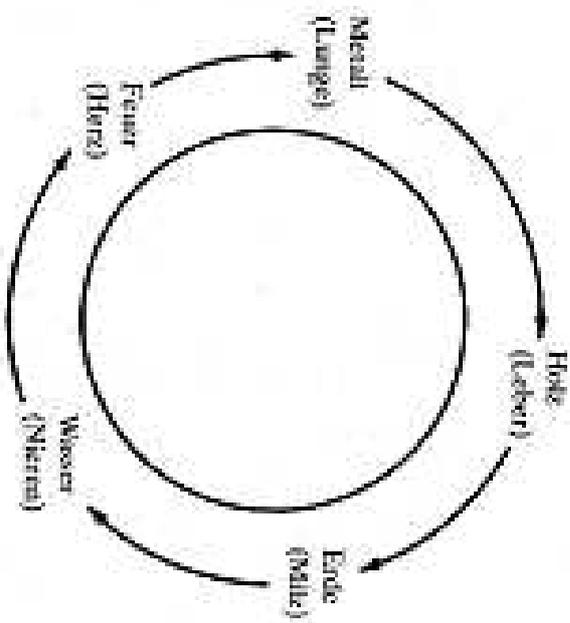


Abbildung 3: Kontro Zyklus (rechts) (Kapitel 1983: 398)

Die fünf Phasen Holz, Feuer, Erde, Metall und Wasser werden in Anlehnung an die griechische Theorie der vier Elemente von Hippokrates oft als „fünf Elemente“ bezeichnet, was jedoch missverständliche Assoziationen weckt und die prozesshafte Qualität des Konzeptes verdeckt. Ähnlich wie Yin und Yang stehen auch die fünf Wandlungen in einem unauflösbaren Zusammenhang zueinander, die Phasen schaffen (Kreislauf der gegenseitigen Erzeugung) (vgl. Abbildung 2) und kontrollieren (Kreislauf der gegenseitigen Kontrolle) (vgl. Abbildung 3) einander. Dabei sind die Phasen nicht als festgeschriebene Punkte zu verstehen, sondern in ihrer Relation zu den jeweils anderen Phasen. Wie Yin und Yang gehen sie in einander über, allerdings in bestimmten Abfolgen (Kaptchuk 1983: 390ff).

#### **4.1.2. Die Behandlungsmethoden der TCM**

Diese fünf Behandlungsmethoden der TCM sind: Akupunktur, chinesische Arzneitherapie, aktive (Taiji) und passive Bewegung (Tuina), und Strategien, welche auf die Veränderung des – modern formuliert - „Lifestyles“ abzielen, wozu die chinesische Ernährungslehre (Diätetik) gerechnet wird. Diese fünf Säulen, auf denen die Therapie in der TCM beruht, sollen im folgenden Kapitel besprochen werden.

Die ärztliche Tätigkeit umfasst in Österreich zum Großteil die Behandlungsmethoden Akupunktur. Ein weiterer methodischer Schwerpunkt ist der Einsatz der chinesischen Arzneitherapie. Beratung hinsichtlich Ernährung fließt ebenso in die ärztliche Behandlung mit ein, wobei es hier keine standesrechtliche Zusatzbezeichnung gibt und der Bereich der chinesischen Diätetik gleichzeitig in eine eigenständige berufliche Tätigkeit fällt (vgl. Kapitel 3.2.)

##### **4.1.2.1. Akupunktur**

Die Akupunktur ist außerhalb Chinas die bekannteste therapeutische Methode der TCM. Sie steht ebenso wie die chinesische Arzneitherapie, Tuina, Taiji und Qi Gong

in Zusammenhang mit dem Meridiansystem, welches seinerseits in Zusammenhang mit den oben beschriebenen Categoriesystemen von Yin und Yang und den Fünf Wandlungsphasen steht (Kaptchuk 1983: 90ff).

Die Anfänge der Akupunktur als therapeutische Methode werden zumeist um das 1. Jahrhundert vor bzw. um das 1. Jahrhundert nach Christus angesetzt. Dabei ist zu bemerken, dass es sich meist um aus heutiger Sicht grobe Einstichgeräte handelte, welche nicht vergleichbar mit modernen Akupunkturnadel sind (Unschuld 2003: 71).

Der Einsatz von Akupunktur beruht wie oben angesprochen auf der Leitbahnentheorie, welche oftmals auch als Meridiantheorie bezeichnet wird. Diese Theorie ist in ihrer Wichtigkeit nicht auf die Methode der Akupunktur beschränkt, sondern ist als grundlegendes Konzept für die Traditionelle Chinesische Medizin im allgemeinen von großer Bedeutung. Die zugrunde liegende Vorstellung, auf der die Leitbahnentheorie beruht, ist jene von der Verbundenheit des Inneren mit dem Äußeren. Impulse die an der Oberfläche gegeben werden, wirken auf das Innere. Wie Kaptchuk formuliert, verstehen sich Leitbahnen oder Meridiane als ein:

„unsichtbares Netzwerk, das alle Grundsubstanzen und Organe miteinander verknüpft.  
(..) Die Leitbahnen transportieren Qi und Blut, regulieren Yin und Yang, halten Sehnen und Knochen elastisch und fördern die Gelenke“ (1983: 90).

An diesen Beschreibungen wird deutlich, dass das Leitbahnsystem ähnlich den anderen Konzepten der Traditionellen Chinesischen Medizin insofern ganzheitlich zu verstehen ist, als es von der Wechselseitigkeit aller Dinge ausgeht, von einer bezüglichen Verbundenheit. Es sind insgesamt zwölf Hauptleitbahnen, auf denen etwa dreihundertfünfundsechzig bis zweitausend Reizpunkte liegen. Diese Reizpunkte werden bei der Akupunktur stimuliert (Needham 1981: 85ff).

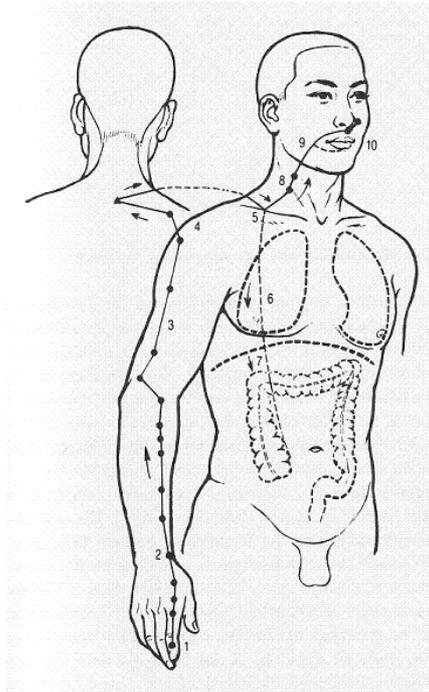


Abbildung 4: Die Dickdarm-Leitbahn und die zugehörigen Stechpunkte (Kaptchuk 1983: 101)

Akupunktur kann auf verschiedene Arten durchgeführt werden, namentlich unter Einsatz von Akupunktur-Nadeln, welche zum heutigen Zeitpunkt meist sterile Stahlnadeln sind, und mittels Lasergeräte, welche verschiedene Stärken und Formen haben können und entweder für einige Zeit als Dauernadel verbleiben oder nach kurzem Einsatz wieder aus dem Körper entfernt werden. Eine weitere Möglichkeit ist die Stimulation der Meridiane mittels Klangwellen, welche auf ähnlichen Wirkprinzipien wie der Einsatz der Lasergeräte beruhen (Persönliches Gespräch mit einer TCM-Ärztin am 08.02.2008)<sup>9</sup>.

#### 4.1.2.2. Chinesische Arzneitherapie

Die chinesische Arzneitherapie gehört zu den außerhalb Chinas weniger bekannten therapeutischen Methoden der TCM, was möglicherweise darin begründet ist, dass das hauptsächliche Interesse vor allem biomedizinischer ForscherInnen über Jahrzehnte hinweg der Akupunktur galt, insbesondere deren analgetischer Wirkung (Kaptchuk 1983: 34).

<sup>9</sup> Auf Wunsch der Ärztin bleibt ihr Name ungenannt.

In Relation zu den anderen therapeutischen Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin nahm die Arzneitherapie in China stets eine ausgesprochen wichtige Rolle ein. Ihre Wurzeln reichen bis in die Han-Dynastie ins 3. vorchristliche Jahrhundert zurück, wobei zu diesem Zeitraum bereits eine systematische Katalogisierung der verschiedenen Arzneimittel stattgefunden hatte. (Kaptchuk 1983: 95)



Abbildung 5: Rohstoffe für Chinesische Arzneipräparate (www.medchin.at)

Auch die Arzneitherapie steht in Zusammenhang mit dem Kategoriensystem der TCM. Die diagnostisch ermittelten Ungleichgewichte oder Disharmoniemuster werden unter anderem auch durch Einnahme von exakt abgestimmten Rezepturen therapiert. Diese sind ebenso wie die Akupunktur als Stimuli zu verstehen, welche unter anderem auf das Leitbahnsystem wirken. (Gaugusch-Unger 2004: 27ff)

Hinsichtlich der Einnahmeformen lassen sich unzählige Möglichkeiten feststellen. Die Palette reicht von abgekochten Heilkräutern, Granulaten und Pulvern hin zu Pillen, Tinkturen und Umschlägen. In Europa sind vor allem Granulate üblich, welche in lizenzierten Apotheken zubereitet werden (Persönliches Gespräch mit einer TCM-Ärztin<sup>10</sup> am 08.02.2008).

---

<sup>10</sup> Auf Wunsch der Ärztin bleibt ihr Name ungenannt.

#### **4.1.2.3. Chinesische Bewegungslehren: Taiji und Qi Gong**

Taiji („absolut Äußerstes“) und Qi Gong („Energie-Arbeit“) lassen sich als chinesische Bewegungslehren oder Körpertechniken beschreiben. Das Ziel der beiden Bewegungslehren, welche etwa tausend (Taiji) bzw. zweitausend Jahre (Qi Gong) alt sind, liegt in der Stimulierung des Qi („Arbeit mit Qi“) begründet. Diesbezügliche Ungleichgewichte sollen über bestimmte harmonisierend wirkende Übungen, Haltungen und Aktivitäten ausgeglichen werden. (Kaptchuk 1983: 150)

Während sich Qi Gong eher nach innen richtet, ist Taiji eher aktiv bzw. nach außen hin ausgerichtet. Dieser Fokus zeigt sich in den unterschiedlichen Übungen. Qi Gong kennt Übungsabfolgen sowohl in Ruhe und als auch in Bewegung. Im Taiji, welches durchaus als Kampfkunst bezeichnet werden kann, arbeitet man ausschließlich mit Bewegung und zieht unter anderem bestimmte Gegenstände heran, wie Stöcke und Schwerter. Die Taiji und Qi Gong Gesellschaft Österreich charakterisiert Taiji in Abgrenzung zu anderen asiatischen Kampfkünsten als

„[zugehörig] zur Schule der inneren Kampfkünste, wo die Kraftentwicklung hauptsächlich aus der inneren Struktur erfolgt“ (<http://www.tqg.at/angebot/taijiqian>).

Weder Taiji noch Qi Gong fallen als therapeutische Methoden direkt in den ärztlichen Bereich. Sie sind jedoch in ihrem präventiven und rehabilitativen Ansatz – der auch im klinischen Rahmen miteinbezogen wird – und in der klaren und expliziten Verbindung zum Kategoriensystem der Traditionellen Chinesischen Medizin dieser zuzurechnen (Unschuld 2005: 63).

#### **4.1.2.4. Chinesische Manualtherapie: Tuina**

Die therapeutische Methode „Tuina“ („Schieben und Greifen“) ist eine traditionelle chinesische manualtherapeutische Massageform, bei der sowohl punktuell, als auch großflächig gearbeitet wird. Insgesamt gibt es etwa achtzehn Grundgriffe im Tuina, welche in verschiedenen Kombinationen abhängig von der vorliegenden Problematik bzw. dem zu erreichenden therapeutischen Effekt zum Einsatz gebracht werden. Die

punktuell orientierte Technik, bei der bestimmte auf den Leitbahnen liegende Punkte durch Druck stimuliert werden, ist unter dem Begriff „Akupressur“ bekannt. Diese Technik kann sowohl manuell als auch unter Zuhilfenahme von Gerätschaften (z.B. Akupressur-Stifte aus Metall) durchgeführt werden (Unschuld 2005: 62).



Abbildung 6: Tui Na, Handschrift aus dem 19. Jahrhundert (Unschuld 2005: 170).

Tuina beruht ebenso wie die Therapiemethode der Akupunktur auf dem Meridiansystem und steht darüber hinaus – wie alle anderen Methoden der TCM – in Zusammenhang mit deren Kategoriensystem. Auch hier ist das Ziel der Behandlung die Beseitigung von Ungleichgewichten, und zwar durch Stimulation über den direkten Hautkontakt (Unschuld 2003: 62).

#### 4.1.2.5. Lebensstil

Die letzte Säule, der Lebensstil, ist zugleich als die wichtigste Säule der TCM zu bezeichnen. Die Bedeutung des Lebensstils in der TCM unterscheidet sich insofern von der Bedeutung, welche dieser Aspekt innerhalb der Schulmedizin innehat, als es nicht um allgemein gültige Regeln geht, an die es sich zu halten gilt. Im Gegenteil gelten bezüglich „des besten Lebens“, also bezüglich der angemessenen Lebensweise, des Lebensstils, für jede Person andere Maximen. Was einem Menschen gut tut, schadet einem anderen, und umgekehrt (Leung et al. 2006 : 48).

Die Bezugspunkte, an denen sich angemessenes Leben bzw. Handeln bewerten lässt, werden von den oben beschriebenen Konzepten „Yin/Yang“ und den „Fünf Wandlungsphasen“ vorgegeben. Doch diese konstitutionelle Einordnung beschränkt sich nicht auf den Parameter Individuum, sondern gilt auch hinsichtlich der Parameter Raum und Zeit. Was für eine bestimmte Person zu einem bestimmten Zeitpunkt unter bestimmten Umständen angemessen ist, kann für dieselbe Person zu einem anderen Zeitpunkt und unter veränderten Umständen anders bewertet werden. In diesem Sinne ist die konstitutionelle Herangehensweise als flexibles Instrument zu verstehen, dass keine letztgültigen Zuschreibungen trifft, sondern bedingungsgebundene Strategien bereit stellt (Leung et al. 2006: 55).

Das der eigenen Konstitution angemessene Handeln geschieht nun auf mehreren Ebenen. Es betrifft unter anderem die Lebensbereiche Ernährung, Schlaf und die Achse Aktivität/Passivität. Als das übergeordnete Ziel all der diesbezüglichen Bemühungen kann der Ausgleich von Unausgewogenheiten gesehen werden, die aus Sicht der TCM zum einen konstitutionell, im Sinne von angeborenen Tendenzen, gesehen werden können, als auch durch Einflüsse von außen entstehen (Kaptchuk 1983: 147ff).

Eine grundlegende kosmologische Ansicht der TCM ist hier nochmals vorzubringen. Jedes Phänomen, das heißt auch jeder Einfluss und jede Handlung, können in das Kategoriensystem von „Ying/Yang“ bzw. der Fünf Wandlungsphasen eingeordnet werden. Das bedeutet, dass Ungleichheiten, die durch das Kategoriensystem benannt

und identifiziert werden, prinzipiell auf verschiedenen Ebenen ausgeglichen werden können. Wie Kaptchuk (1983) formuliert:

„Das Denken in Mustern erlaubt, das System auf verschiedene Weisen auszugleichen“ (ibid: 149).

Der Fokus auf ein dem eigenen besonderen Sein entsprechendes Handeln lässt bereits anklingen, dass ein wichtiger Teil der Verantwortung im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit bei dem betroffenen Patienten selbst liegt. Dabei spielen im Hinblick auf das oben gesagte sowohl das Wissen um die eigene Konstitution, als auch das dementsprechende Handeln eine Rolle (Leung et al. 2006 : 48).

#### **4.1.3. TCM und Biomedizin: Prävention und Ganzheitlichkeit**

Nach der oben stehenden kurzen Darstellung der wichtigsten Charakteristika der Traditionellen chinesischen Medizin soll an dieser Stelle eine kurze Zusammenschau stattfinden, geleitet von der Frage: was für eine Medizin ist die TCM? Diese Frage soll anhand zweier zentraler Aspekte der TCM im Hinblick auf die Biomedizin ansatzweise behandelt werden.

Zwei wesentliche Aspekte, welche an dieser Stelle heraus gegriffen werden sollen, sind grundsätzlich charakteristisch für die TCM, namentlich *Prävention* und *Ganzheitlichkeit*. Diese Komponenten sind oben bereits in den Konzepten und Begriffen der TCM angeklungen. Wie Kaptchuk (1983) formuliert, werden in der TCM Symptome

„... daher nicht auf [ihre] Ursache zurückverfolgt (wie in der Biomedizin, m.A.), sondern als Teil einer Gesamtheit betrachtet. Die chinesische Medizin will wissen, wie sich dieses Symptom in das gesamte körperliche Muster des Patienten einfügt“ (ibid: 18).

Zieht man die Biomedizin zum Vergleich heran, so lässt sich bestimmen, dass auch diese jene zwei Begriffe kennt und sich in den letzten Jahrzehnten zumindest teilweise

Entwicklungen in diese Richtung feststellen lassen. Tendenzen in der Biomedizin, welche sich den Themen Prävention und Ganzheitlichkeit zuordnen lassen, finden sich zum Beispiel in der Psychosomatischen Medizin und in jenem Bereich, den man grob als „Gesundheitsvorsorge“ bezeichnen kann. Der Unterschied zwischen TCM und Biomedizin diesbezüglich ist auf der Ebene des Menschenbildes zu verorten. Das präventives Handeln von Anbieter und Nutzer im Hinblick auf Gesunderhaltung und die ganzheitliche Sichtweise eines Geschehens sind grundlegend für die TCM. Während sich präventive und ganzheitliche Ansätze in der Biomedizin erst nach und nach entwickelten, ist die TCM von Grund auf mit diesen Begriffen verwoben und nicht ohne sie vorstellbar (Dunn 1976: 147).

Ein wesentlicher Punkt liegt in den direkten Diagnose-Methoden durch Puls- und Zungendiagnostik, welche sowohl kurz- als auch langfristige Veränderungen erkennen lassen. Vor allem aber lässt es sich im Verständnis von Krankheit und Gesundheit in der Traditionellen Chinesischen Medizin begründen. Durch das Konzept des relativen Kategoriensystems lassen sich sowohl entstehende als auch bereits manifeste Krankheitsgeschehen systematisch feststellen und durch Einsatz der verschiedenen therapeutischen Methoden zielgerichtet beeinflussen (Gaugusch-Unger 2004: 44f).

Die traditionell chinesische Definition von Krankheit als Disharmonie-Muster, welches in unterschiedlicher Intensität vorkommen kann, macht eine therapeutische Intervention schon bei geringfügigen Veränderungen möglich. Demgegenüber ist die Biomedizin durch ihre Diagnose-Methoden und ihre Krankheitsdefinitionen oftmals erst zu einem späteren Zeitpunkt zu therapeutischem Handeln in der Lage. Wie Verena Gasser (2004) dazu in ihrer Diplomarbeit zu dieser Unterschiedlichkeit von TCM und Biomedizin schreibt:

„Wenn man sich ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum vorstellt, wäre die westliche Medizin an dem Ende situiert, wo bereits Zeichen erkennbar sind bzw. Störungen der Morphologie auftreten. Die chinesische Medizin hingegen liegt eher am Gesundheitspol des Spektrums, wo lediglich Symptome zu erkennen sind“ (ibid: 11).

## **4.2. Traditionelle Chinesische Medizin in Österreich**

In diesem Kapitel soll auf die Situation der TCM in Österreich näher eingegangen werden. Die folgenden Inhalte sollen die strukturellen Rahmenbedingungen für die Praxis in Österreich darstellen. Darüber hinaus sollen die tatsächlich zur Anwendung kommenden therapeutischen Methoden geklärt und besprochen werden. Dabei soll besonderes Augenmerk auf strukturelle Zusammenhänge gelegt werden, weniger auf vollständige Darstellung.

Die TCM kennt fünf verschiedene Behandlungsmethoden bzw. Behandlungsstrategien, welche oben bereits näher erläutert wurden. Obwohl jede dieser Methoden in Österreich Anwendung findet, möchte ich mich im Hinblick auf die vorliegende Untersuchung, deren inhaltlicher Schwerpunkt auf der ärztlichen Arbeit mit TCM liegt, im weiteren vor allem auf die Bereiche Akupunktur und chinesische Arzneitherapie beschränken. Es soll jedoch an geeigneter Stelle auf die anderen Methoden und deren Situation hingewiesen werden.

### **4.2.1. Anerkennung und Transmission der Traditionellen Chinesischen Medizin**

Der Weg der TCM von China nach Österreich verlief über Frankreich. Zu Beginn des 20. Jahrhundert wurde erstmals systematisch erfasstes Wissen über Akupunktur und deren Zusammenhänge von Diplomaten aus China nach Europa gebracht. Im Jahre 1943 wurde als erste sich außerhalb Chinas befindendes Institut in Paris die französische Gesellschaft für Akupunktur gegründet. Einige interessierte österreichische Ärzte, insbesondere Johannes Bischko, nahmen in den 1950er Jahren Kontakt zu diesem damals wichtigsten Zentrum für Akupunktur unter der Leitung von Roger de la Fuye auf und gründeten ihrerseits 1954 die österreichische Gesellschaft für Akupunktur (ÖGA). Die folgenden zwei Jahrzehnte waren geprägt von einer Integration der Akupunktur in den biomedizinischen Kontext, wobei die Konzepte, Erklärungen und Definitionen der TCM in den Hintergrund gerückt wurden und eine naturwissenschaftlich-orientierte theoretische Fundierung angestrebt wurde. Im Jahr

1972 wurde das Ludwig-Boltzmann-Institut für Akupunktur in Wien gegründet (<http://www.akupunktur.at/oegaa/foeginfo.htm>, Zugriff am: 21. Mai 2009).

Die Anerkennung der Akupunktur als wissenschaftliche Heilmethode durch den obersten Sanitätsrat erfolgte im Jahre 1986. Hierbei ist anzumerken, dass diese Anerkennung sich nicht auf die anderen Behandlungsmethoden der TCM erstreckte. Ein Fortbildungsdiplom der Ärztekammer für Akupunktur besteht seit 1991. Die chinesische Diagnostik und Arzneitherapie wurden erst bedeutend später, nämlich im Jahr 2004 im Rahmen eines separaten medizinischen Fortbildungsdiploms anerkannt. Eine Anerkennung durch den obersten Sanitätsrat des Bundesministeriums für Gesundheit, wie sie zuvor der Akupunktur zu Teil wurde, ist jedoch ausgeblieben (Presser 2006: 85).

#### **4.2.2. Gesetzliche Regelungen zur Anwendung der Akupunktur und der chinesischen Arzneitherapie**

Die therapeutische Anwendung der Akupunktur und der chinesischen Arzneitherapie gilt in Österreich als *ärztliche Heilkunst* und darf daher nur von dieser Berufsgruppe angewandt werden. Die Ausübung der TCM gilt als ärztliche Tätigkeit, weil es sich dabei um Ausübung der Medizin handelt. Sollte eine Person in Österreich Akupunktur bzw. chinesische Arzneimittel in einem professionellen Kontext anwenden, der nicht dem ärztlichen Beruf entspricht, so kommt der so genannte „Kurfuscher-Paragraph“ zur Anwendung (Presser 2006: 82ff; Thaler / Plank 2005: 122).

Diese aktuelle österreichische Rechtslage unterscheidet sich erheblich von den gesetzlichen Rahmenbedingungen anderer europäischer Länder (und z.B. auch USA, Kanada), welche aufgrund anderer gesetzlich anerkannter Ausbildungswege und aufgrund eines anders (arbeitsteilig) strukturierten Gesundheitssystem die Anwendung von Akupunktur und chinesischer Arzneitherapie auch bestimmten nicht-ärztlichen Berufsgruppen gestattet (WHO 2001: 85ff).

Die Arbeit mit der chinesischen Diätetik ist im Zusammenhang mit anderen mit Ernährung bzw. mit dem Sozialbereich in Verbindung stehenden Angeboten geregelt.

Staatlich anerkannte Ausbildungen zum / zur Chinesischen Ernährungsberater / in sind formal mit dem Bereich der Lebens- und Sozialberatung gekoppelt bzw. sind als Weiterbildung dem Bereich der Ernährungsberatung in gewerberechtllicher Form zugeordnet ([http://www.wstcm.at/tcm-ernaehrung-08/ernaehrungsskurs\\_2008.html](http://www.wstcm.at/tcm-ernaehrung-08/ernaehrungsskurs_2008.html), Zugriff am 21. Mai 2009).

Eine ähnliche Regelung gilt für Tuina, welches dem Bereich der Physiotherapie, der Heilmassage bzw. der medizinischen Massage in allen gesetzlichen Konsequenzen zugeordnet ist und in gewerblicher Form in diesem Rahmen zur Anwendung kommt. Darüber hinaus können ÄrztInnen Tuina ebenfalls anwenden. (<http://tcm-university.edu/UNI/PDF/BachelorinTuina.pdf>, Zugriff am 20. Mai 2009.)

Taiji und Qi Gong sind ähnlich wie andere Körpertechniken (z.B. Yoga) aus dem streng regulierten medizinisch-therapeutischen Bereich ausgegliedert. Bestrebungen hinsichtlich Qualitätskontrolle und Lehrkompetenz sind freien Verbänden und ihren Zertifizierungsabläufen überlassen. Eine gesetzliche Regelung hinsichtlich einer Gewerbeausübung ist nicht in Aussicht (Presser 2006: 84).

### **4.2.3. Ausbildung in den therapeutischen Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin**

Wie oben erwähnt, ist zur Ausübung der Akupunktur und der chinesischen Arzneitherapie ein ÖÄK-Diplom notwendig. Fachliche und rechtliche Voraussetzung für das Erlangen der verschiedenen Diplome ist das „jus practicandi“, die Erlaubnis als MedizinerIn zu praktizieren (<http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/grundsatzliches>, Zugriff am 21. Mai 2009).

Insgesamt drei Ausbildungsvereine bieten eine von der Österreichischen Ärztekammer anerkannte Ausbildung in Akupunktur an. Die Österreichische Gesellschaft für Akupunktur (ÖGA), die österreichische Gesellschaft für kontrollierte Akupunktur (ÖGKA), die österreichische wissenschaftliche Ärztesgesellschaft für Akupunktur ([akupunktur.org](http://akupunktur.org)), bieten diese Fortbildung für MedizinerInnen an

(<http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/akupunktur>, Zugriff am 21. Mai 2009).

Was die chinesische Arzneitherapie betrifft, welche hinsichtlich des betreffenden von der Österreichischen Ärztekammer vergebenen Diploms zusammen mit chinesischer Diagnostik gelehrt wird, sind es sieben Institutionen. Der Arbeitskreis für chinesische Arzneitherapie der Österreichischen Gesellschaft für Akupunktur (ÖGA), die medizinische Gesellschaft für chinesische Gesundheitspflege in Österreich (MedChin), die Wiener Schule für traditionelle chinesische Medizin (WSTCM), das Zentrum für TCM – Donauuniversität, das Bacopa Bildungszentrum – Bacopa Ärztegesellschaft, die österreichische Gesellschaft für kontrollierte Akupunktur und TCM, und die Pro Medico medizinische Fortbildungsgesellschaft bieten Kurse in dieser Fortbildung nach den Richtlinien der Ärztekammer an (<http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/chinmedizin-arzneitherapie>, Zugriff am 21. Mai 2009).

Darüber hinaus ist die TCM-Privatuniversität Li Shi Zhen zu erwähnen, welche ohne Akkreditierung der Ärztekammer, jedoch mit Anerkennung durch das Österreichische Bundesministerium für Gesundheit in den Bereichen Akupunktur, Diagnostik, Arzneitherapie, Ernährung und Bewegungslehre in einem akademischen Kontext verschiedene Curricula anbietet. Auch in dieser Institution ist jener Teil der Ausbildungsangebote, welche Akupunktur und chinesische Arzneitherapie und somit den in Österreich als ärztlich definierten Bereich betreffen, MedizinerInnen vorbehalten.

Im internationalen Vergleich haben AusbildungskandidatInnen in Österreich sowohl für Akupunktur als auch für die chinesische Arzneitherapie erheblich weniger verpflichtende Einheiten in Theorie und Praxis zu absolvieren als dies in anderen Ländern der Fall ist. So sind zur Erlangung des ÖAK-Diploms für Akupunktur 100 Stunden Theorie und 40 Stunden Praxis verpflichtend abzuleisten, zur Erlangung des ÖAK-Diploms Chinesische Diagnostik und Arzneitherapie ca. 340 Stunden Theorie und ca. 160 Stunden Praxis, während z.B. in den USA bedeutend mehr, nämlich mindestens 2000 Stunden (Theorie und Praxis zusammengenommen) in den verschiedenen Curricula festgehalten sind

(<http://www.aimc.edu/UserFiles/File/curriculum-mapv0707.pdf>;

<http://www.tsca.edu/ps1-1.htm>;

[http://www.acupuncturecollege.edu/masters\\_program.html](http://www.acupuncturecollege.edu/masters_program.html), Zugriff auf alle drei Seiten am 22. Mai 2009).

Diese Situation gibt seit einigen Jahren vermehrt Anlass für einigermaßen starke Kritik seitens verschiedener in- und ausländischer ExpertInnen, insbesondere hinsichtlich der gesetzlich streng geregelten Anwendersituation. Wie Dr. Andreas Bayer, Rektor der TCM-Privatuniversität Li Shi Zhen, hinsichtlich der Ausbildungsqualität in Österreich feststellte:

„Außer Österreich ist Venezuela das einzige Land, das das [sic!] Akupunktur-Diplom der österreichischen Ärztekammer anerkennt“ (<http://www.tcm-academy.org/TCM/HTML-PAGES/MAIN/PRESSE/kurier-main.htm>, Zugriff am 22. Mai).

#### **4.2.4. Daten und Fakten zur Anwendung und Nutzung von TCM in Österreich**

Nachdem nun im voran gegangenen Kapitel allgemeine Bemerkungen zur gesetzlichen Lage und zur Situation hinsichtlich der Ausbildung in der TCM angesprochen wurden, gilt es sich mit Fakten über die bereits tätigen AnwenderInnen von therapeutischen Leistungen der TCM auseinander zu setzen. Ebenso sollen aktuelle Daten zur Nutzung solche Leistungen in Österreich in aller Kürze präsentiert und besprochen werden.

Wie in voran gegangenen Kapiteln bereits zum Ausdruck kam, ist Akupunktur als ärztliche Kompetenz weit verbreitet. Die österreichische Ärztekammer gibt an, dass mehr als 2400 ÄrztInnen ein Diplom der ÖÄK für Akupunktur besitzen.<sup>11</sup> Was die Ausbildung in der chinesischen Phytotherapie betrifft, fallen die Zahlen wesentlich geringer aus. Laut Abfrage der Ärzteverzeichnis der Österreichischen

---

<sup>11</sup> Es gibt jedoch auch Ausbildungsvereine, welche Diplome anbieten, welche (noch) nicht von der Österreichischen Ärztekammer anerkannt sind.

Landesärztekammern können 110 ÄrztInnen ein ÖAK-Diplom für chinesische Diagnostik und Arzneitherapie vorweisen, wobei für das Burgenland und Salzburg keine diesbezüglichen Angaben gefunden werden konnten (<http://www.aerztekammer.at/index.php?aid=ADRESSEN&type=article>, Zugriff am 22. Mai 2009).

Im Vergleich zu anderen Ländern wie z.B. der Schweiz wurden in Österreich von staatlicher Stelle bisher keine umfangreichen Untersuchungen zur Nutzung von CAM durchgeführt. Die Zahlen, auf die hier Bezug genommen wird, stammen aus dem Bericht zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, einer Untersuchung mit einer allgemeinen Perspektive. Vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben, sollten hier das Gesundheitsverhalten der Österreichischen Bevölkerung im Kontext des Österreichischen Gesundheitssystems erhoben werden.

Zur Traditionellen Chinesischen Medizin<sup>12</sup> werden in dem Bericht zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 folgende Zahlen angegeben: 12,1% der Befragten nahmen im Jahr Akupunktur in Anspruch, 14,7% nutzen komplementäre Behandlungsmethoden, zu denen in dieser Befragung auch die Traditionelle Chinesische Medizin gezählt wurde (S.237).

Bezüglich der demographischen Variablen lassen sich einige kurze Anmerkungen machen. Die Altersgruppen unterscheiden sich nicht signifikant, was die Nutzung von Akupunktur als Gesundheitsleistung betrifft, lediglich die 45 – 60-Jährigen stechen mit einem Wert von 8,8% einigermaßen deutlich heraus, ebenso wie die Gruppe der 30 – 45-Jährigen (15,4%). Die Unterschiede in der Nutzung zwischen den Gruppen der Männer (11%) und Frauen (12,7%) sind im Vergleich geringfügig (S. 237).<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Interessant ist, dass die Akupunktur separat angeführt ist, eine Tatsache, welche eventuell aus dem Bestehen von separaten (Fortbildungs-)Diplomen zu erklären ist.

<sup>13</sup> Quelle: bmfj.gv.at / Zugriff: 29. März 2008

#### **4.2.5. Stellung der Traditionellen Chinesischen Medizin im Österreichischen Gesundheitssystem**

Auch wenn die Traditionelle Chinesische Medizin bereits seit 1986 als medizinisch-therapeutische Leistung anerkannt wird (Presser 2006: 85), ist die Frage der Kostenübernahme durch staatliche Krankenkassen nicht so eindeutig wie es ihr Status als anerkannte Heilmethode erwarten lassen würde. Um die Position der TCM innerhalb des Österreichischen Gesundheitssystems klar bestimmen zu können, müssen daher kurz einige Worte zur Organisation der medizinischen Versorgung in Österreich gesagt werden.

Eine wichtige Komponente ist die Unterscheidung zwischen ÄrztInnen, welche ihre Dienstleistung innerhalb eines Vertrages mit den staatlichen Krankenkassen anbieten, und jenen, welche keinen solchen Vertrag haben. Leistungen, welche bei sogenannten WahlärztInnen bzw. PrivatärztInnen in Anspruch genommen werden, müssen von den NutzerInnen selbst bezahlt werden und können danach bei gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen eingereicht werden, wobei die Refundierung je nach zuständiger Krankenkasse und individuellen Gesichtspunkten (z.B. Diagnose, Anzahl der therapeutischen Leistungen, bereits erfolgte Refundierungen von Leistungen aus dem CAM-Bereich etc.) stark variiert (Persönliches Gespräch mit einer TCM-Ärztin am 15.02.2008)<sup>14</sup>

Die Anwendung der TCM ist nun zur Gänze in den Bereich der WahlärztInnen bzw. PrivatärztInnen einzuordnen. Behandlungsmethoden, welche aus dem Methodenrepertoire der TCM stammen, sind zwar in gewissen Zusammenhängen als Heilmethode anerkannt, gelten jedoch nicht als medizinische Standardleistung, deren Kosten übernommen werden. Die Traditionelle Chinesische Medizin ist hier in einer ähnlichen Situation wie andere CAM-Methoden zu verstehen, wie z.B. die Homöopathie. (Persönliches Gespräch mit einer TCM-Ärztin am 15.2.2008)<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Auf Wunsch der Ärztin bleibt ihr Name ungenannt.

Die verschiedenen Österreichischen Krankenkassen verwenden unterschiedliche Indikationslisten für die Anwendung der TCM, wobei sich diese nur auf die therapeutische Methode der Akupunktur beziehen. Andere therapeutische Leistungen aus dem Methoden-Repertoire der TCM wie z.B. die Arzneitherapie werden nicht als wissenschaftliche Heilmethode anerkannt (Thaler / Plank 2005: 144).

Diese ambivalente Position, die vielfach und unter anderem aufgrund ihrer Inkonsequenz angreifbar ist, wird von den AkteurInnen, sowohl von den AnbieterInnen als auch von den NutzerInnen des komplementär-medizinischen Feldes kritisch gesehen. Der Diskurs, der sich hier ausmachen lässt und auf den in dieser Arbeit zu späterer Stelle näher eingegangen werden soll, beinhaltet verschiedene Argumentationslinien, die von Themenkomplexen wie z.B. Versorgungsgerechtigkeit handeln. Eine ausführliche Diskussion der gesundheitspolitischen Diskurse um den Einsatz von CAM in Österreich findet sich bei Presser (2006).

## 5. Empirischer Teil: Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden die von mir durchgeführte Datenerhebung, die von mir vorgenommene Analyse und die aus dieser Analyse als deren Ergebnis erarbeitete Grounded Theory dargestellt.

In Kapitel 5.1. wird die Befragung von TCM-AnbieterInnen besprochen. Es wird genau auf die Datenerhebung und die anschließende Analyse der aus dieser stammenden Daten eingegangen. Die Strukturierung des Forschungsfeldes dieser Untersuchung wird als wichtiges Ergebnis dieser Analyse ausführlich besprochen. Dabei werden zur Sicherstellung der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse an verschiedenen Stellen konkrete Beispiele aus der Analysearbeit wiedergegeben.

Kapitel 5.2. befasst sich mit der Befragung von TCM-NutzerInnen. Hierunter fallen sowohl die mit NutzerInnen geführten Interviews, als auch die informellen Gespräche mit NutzerInnen. Bereits an dieser Stelle sei erwähnt, dass diese beiden Datengruppen aus unterschiedlichen Zusammenhängen stammen. Die diesbezüglichen Details und Hintergründe werden an späterer Stelle erklärt.

Es wird dargelegt wie diese Daten erhoben wurden. Ferner wird genau besprochen auf welche Weise diese Daten analysiert und bearbeitet wurden. Dabei wird besonderes Augenmerk darauf gelegt, die Bildung der Theorie aus der Analyse der Daten heraus nachvollziehbar zu machen. Um diese Nachvollziehbarkeit sicherzustellen, werden an verschiedenen Stellen Beispiele aus der Analysearbeit gezeigt und besprochen.

In Kapitel 5.3. wird die erarbeitete Theorie der „differenzierend-integrierenden Ressourcen-Nutzung“ ausführlich dargestellt. Die drei Hauptkategorien dieser erarbeiteten Theorie, die „kompetente Verantwortungsübernahme“, die „Differenzierung medizinischer Ressourcen“ und die „gelebte Ganzheitlichkeit“ werden als Eckpfeiler der Theorie in ihren detaillierten Strukturen besprochen.

Bevor die Datenerhebung, die Analyse und deren Ergebnisse genau besprochen werden, soll eine wichtige Anmerkung voraus geschickt werden.

Für die durchgeführte Untersuchung wurden verschiedene Forschungsmethoden aus dem Methodenrepertoire der Kultur- und Sozialanthropologie angewandt (vgl. Kapitel 2). Diese Methoden (qualitative Befragungen, teilnehmende Beobachtung) wurden in der Untersuchung verschiedener InformantInnen-Gruppen zum Einsatz gebracht.

Eine Gruppe von TCM-AnbieterInnen und zwei Gruppen von TCM-NutzerInnen wurden von mir befragt. Die drei InformantInnen-Gruppen (TCM-AnbieterInnen, informell befragte TCM-NutzerInnen, interviewte TCM-NutzerInnen) sind nicht miteinander verbunden, sondern als separate Gruppen zu verstehen.

Die befragten TCM-AnbieterInnen sind nicht in jener Praxis tätig, in der TCM-NutzerInnen informell befragt wurden. Die interviewten TCM-NutzerInnen sind keine PatientInnen dieser Praxis. Die dort tätigen TCM-AnbieterInnen wurden nicht in der ExpertInnen-Befragung befragt.

Diese Strategie, verschiedene Gruppen von Daten bei verschiedenen Gruppen von InformantInnen zu erheben, wandte ich deshalb an, weil ich eine Theoriebildung versuchen wollte. Das Anliegen der Forschung war nicht, eine spezifische Gruppe von Personen und deren Erfahrungen zu untersuchen, es wurde vielmehr ein theoretischer Anspruch gestellt.

## **5.1. Befragung von TCM-AnbieterInnen**

### **5.1.1. Zur Durchführung der Befragung /Datenerhebung**

Als ersten Schritt der Datenerhebung führte ich eine ExpertInnen-Befragung mit in Wien ansässigen TCM-AnbieterInnen, die ich im folgenden auch als ExpertInnen bezeichne, durch.

Per Brief verschickte ich Fragebögen an fünfundvierzig ÄrztInnen mit Ausbildungen in Traditioneller Chinesischer Medizin<sup>15</sup> (vgl. Anhang A.2.: ExpertInnen-Fragebogen). Wie oben erwähnt, sollte diese Befragung der TCM-AnbieterInnen Aufschluss über die Gewichtungen von Themenbereichen innerhalb des Forschungsfeldes aus der Sicht von in diesem Feld handelnden AkteurInnen geben.

---

<sup>15</sup> Hierbei waren Ausbildungen gemeint, welche von der Österreichischen Ärztekammer anerkannt sind. (Vgl. Kapitel 4)

Dadurch sollte eine Strukturierung des Forschungsfeldes möglich sein (vgl. Kapitel 5). Außerdem sollten dadurch eventuelle Ausblendungen von Themenbereichen bzw. von deren Aspekten überprüft und sichtbar gemacht werden.

Da mit einer geringen Compliance seitens der Befragten gerechnet werden konnte<sup>16</sup>, die nicht noch durch einen viel Zeit in Anspruch nehmenden Fragebogen zusätzlich gefährdet werden sollte, wurde dieser mit einer Länge von einer Seite bewusst kurz und kompakt gehalten.

Es wurden sowohl offene als auch geschlossene Fragen gestellt. Die abgefragten Themenkomplexe bezogen sich auf Kompetenzen und Arbeitsfelder der ÄrztInnen, medizinische und psychosoziale Informationen über PatientInnen und die Situation der TCM in Österreich (vgl. Fragebogen im Anhang). Der Einsatz einiger offener Fragen lag darin begründet, dass – wie oben angesprochen – die quantitative Befragung am Anfang des Forschungsprozesses stand und über eine erste Orientierung hinaus bereits wesentliche Hinweise hinsichtlich der Strukturierung der Forschungsfeldes und der Relevanz und Interdependenz der verschiedenen Themenbereiche und Aspekte liefern sollte.

Für die Auswahl der Befragten zog ich verschiedene Informationsquellen heran. Zum einen wurden die Internet-Präsenzen der verschiedenen Ausbildungsvereine<sup>17</sup> als Informationsquelle genutzt um E-Mail-Adressen und Postanschriften von TCM-AnbieterInnen in Wien zu erhalten, zum anderen wurde die Internetplattform der Wiener Ärztekammer zu diesem Zweck genutzt. Auf bestimmte Auswahlkriterien wurde verzichtet, da zum Auswahlzeitpunkt noch keine Hinweise in diese Richtung vorhanden waren und darüber hinaus auch (noch) nicht bedeutsam schienen. Ich achtete lediglich darauf, ein möglichst ausgewogenes Verhältnis hinsichtlich der Kategorie Geschlecht zu erreichen<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Die überdurchschnittlich langen Arbeitszeiten vieler ÄrztInnen schien hier eine nicht zu unterschätzende Problematik darzustellen.

<sup>17</sup> Vgl. Kapitel 4.

<sup>18</sup> Diese Ausgewogenheit war mir unter anderem wichtig, um in diesem Punkt an der demographischen Geschlechterverteilung in Österreich orientiert zu bleiben, wobei nochmals zu betonen ist, dass diese Arbeit als nicht repräsentativ anzusehen ist und sich als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen versteht.

Der Fragebogen wurde ausschließlich per Post an die so ausgewählten ÄrztInnen verschickt, wobei ein Informationsschreiben und ein frankiertes Kuvert für die Rücksendung beigelegt waren. Es wurden achtzehn Fragebögen postalisch an mich retourniert. Die Rücklaufquote entsprach somit vierzig Prozent. Alle Fragebögen waren vollständig ausgefüllt und für die Analyse verwendbar.

In einem Fall erhielt ich neben der Retoursendung des ausgefüllten Fragebogens zusätzlich einen Telefonanruf von einem der befragten Ärzte, der sich erkundigte ob der Brief gut bei mir angekommen sei, mir sein Interesse hinsichtlich des Themas meiner Arbeit signalisierte und mir für die weitere Forschung Glück wünschte.

### **5.1.2. Auswertung der ExpertInnen-Befragung**

Wie oben besprochen, setzte sich der Fragebogen aus offenen und geschlossenen Fragen zusammen (vgl. Anhang A.2.: ExpertInnen-Fragebogen). Für die Analyse bearbeitete ich diese beiden Datentypen in einem ersten Schritt getrennt voneinander. Mit den Daten aus den geschlossenen Fragentypen, welche sich bereits in einem leicht kodierbaren Zustand befanden, wurden verschiedene Tabellen erstellt. Die Daten, welche aus den offenen Fragentypen stammten, wurden nach den Richtlinien der Grounded Theory kodiert und kategorisiert.

Diese ersten erarbeiteten Kategorien erfüllten wie oben dargestellt zwei wesentliche Aufgabe. Einerseits sollten sie eine möglichst klare und für die weitere Forschung nützliche Strukturierung des Forschungsfeldes möglich machen. Andererseits sollten sie richtungsweisend für die weitere Konzeption der Forschung sein, vor allem was die Planung von informellen und formellen Gesprächen bzw. Interviews betraf.

In den folgenden Kapiteln 5.1.2.1. und 5.1.2.2. werden jene ausgewerteten Fragenkomplexe besprochen, die nicht direkt zur Bildung der Grounded Theory genutzt wurden. Dabei werden sowohl AnbieterInnen-bezogene Ergebnisse, als auch NutzerInnen-bezogene Ergebnisse präsentiert.

### 5.1.2.1. AnbieterInnen-bezogene Ergebnisse

Die befragten TCM-AnbieterInnen unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht voneinander.

Die Heterogenität der Befragten zeigt sich unter anderem auf der Ebene der biomedizinischen Fachrichtung, in der die AnbieterInnen ausgebildet sind (vgl. Frage 1 des AnbieterInnen-Fragebogens im Anhang). Tabelle 1 verschafft eine Übersicht über die Verteilung der verschiedenen Fachrichtungen.

Allgemeinmedizin	13
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	2
Psychiatrie und Neurologie	1
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	1
	n = 18

Tabelle 1: Biomedizinische Fachrichtungen der befragten TCM-AnbieterInnen.

Die Mehrzahl der Befragten ist als AllgemeinmedizinerInnen tätig. Einer der befragten TCM-AnbieterInnen ist als Zahnarzt tätig.

Es wurde nach der Art der TCM-Ausbildung gefragt, nach dem Ort und nach der Dauer der Ausbildung (vgl. Frage 2 des AnbieterInnen-Fragebogens im Anhang). Die Heterogenität der befragten TCM-AnbieterInnen trat auch diesbezüglich deutlich hervor.

Ein Anbieter hat nur Ausbildungen in Akupunktur absolviert, sechzehn haben Akupunktur und chinesische Arzneitherapie studiert. Ein Anbieter machte keine Angaben.

Die Dauer der Ausbildungen liegt zwischen zwei und sechsunddreißig Jahren, was zum einen auf das unterschiedliche Alter der Befragten zurückzuführen ist, jedoch noch andere Gründe haben mag, die aus den erhobenen Daten nicht rückzuschließen sind.

Es wurden fünf Orte genannt, an denen die TCM-Ausbildungen von den Befragten absolviert wurde: China, Deutschland, Österreich, Schweiz und England (UK). Tabelle 2 gibt einen Überblick über Verteilung der genannten Ausbildungsorte.

China	6
Deutschland	4
Österreich	16
Schweiz	1
UK	2
	n = 17

Tabelle 2: Orte der TCM-Ausbildung der befragten TCM-AnbieterInnen (Mehrfachnennungen!)

Fast alle befragten TCM-AnbieterInnen besuchten eine Ausbildung in Österreich. Neun Befragte absolvierten diese ausschließlich in Österreich.

Deutschland wurde vier Mal als Ausbildungsort genannt. Ein Befragter besuchte eine Ausbildung in der Schweiz. Zwei Befragte absolvierten Ausbildungen in England (UK).

Ein Drittel der Befragten gab an Ausbildungen in China gemacht zu haben, wovon ein Befragter China als einzigen Ausbildungsort anführte.

Einer der achtzehn Befragten machte zu seinem Ausbildungsort keine Angabe.

Die Befragten unterschieden bei ihren Angaben zum Ausbildungsort zwischen Ausbildungen in Akupunktur und chinesischer Arzneitherapie, auch wenn die Ausbildungen am selben Ort besucht wurden. Die getrennten Diplome der Österreichischen Ärztekammer, die unabhängig voneinander zu erlangen sind, könnten diese Art der Angabe beeinflusst haben (vgl. Kapitel 4).

Die TCM-AnbieterInnen wurden neben ihren TCM-Ausbildungen auch nach anderen medizinischen Ausbildungen gefragt (vgl. Frage 3 des AnbieterInnen-Fragebogens im Anhang). Alle Befragten gaben an, biomedizinische Fortbildungen besucht zu haben bzw. gerade zu besuchen. Sieben Befragte nannten konkrete biomedizinische Diplome, welche von der Österreichischen Ärztekammer verliehen werden. Fünf

Befragte gaben weiters an, andere CAM-Ausbildungen als TCM absolviert zu haben bzw. gerade zu besuchen.

### **5.1.2.2. NutzerInnen-bezogene Ergebnisse**

#### **Zeitpunkt der Inanspruchnahme von TCM durch NutzerInnen**

Die befragten TCM-AnbieterInnen wurden darüber befragt, an welchem Punkt im Krankheitsprozess ihre PatientInnen TCM in Anspruch nehmen. Dabei wurden die Befragten aufgefordert eine Schätzung vorzunehmen und diese in Prozentzahlen anzugeben. Als Antwortkategorien standen „Beginn der Krankheit“ und „Fortgeschrittene Erkrankung“ zur Auswahl (Frage 5).

Fünfzehn Befragte gaben an, dass ihre PatientInnen überwiegend zu einem Zeitpunkt TCM in Anspruch nehmen, an dem ihre Erkrankung bereits fortgeschritten ist und die Beschwerden als chronisch anzusehen sind. Nur drei Befragte schätzen das Verhältnis zwischen chronischer und akuter Inanspruchnahme als ausgewogen ein. Keiner der Befragten gab an, dass TCM überwiegend zu Beginn einer Erkrankung in Anspruch genommen wird. Zwei Befragte bemerkten jedoch, dass die Inanspruchnahme für akute Beschwerden sich im Verhältnis zur Inanspruchnahme bei chronischen Beschwerden im Laufe ihrer Tätigkeit als TCM-AnbieterInnen verändert hat. Die Inanspruchnahme für akute Beschwerden ist ihrer Eindrücke nach ansteigend.

#### **Beschwerdeanlässe von NutzerInnen**

Die TCM-AnbieterInnen wurden weiters über die Art der Beschwerden befragt, für die ihre PatientInnen TCM in Anspruch nehmen. Dabei sollten sie angeben, ob bestimmte Beschwerden häufig vorkommen, und gegebenenfalls aufzählen welche Beschwerden dies sind.

Fünf Befragte haben an, dass es keine Häufigkeiten von bestimmten Beschwerden bei ihren PatientInnen gibt. Die anderen dreizehn Befragten zählten verschiedene häufige Beschwerden ihrer PatientInnen auf. Tabelle 3 listet die genannten häufigen Beschwerdeanlässe für die Inanspruchnahme von TCM auf. In der Klassifikation der

Beschwerden wurde der biomedizinischen Terminologie der befragten TCM-AnbieterInnen gefolgt.

Autoimmunerkrankungen	1
Beschwerden des Bewegungsapparates	5
Beschwerden der Haut	4
Beschwerden des Respirationstraktes	7
Beschwerden ohne biomedizinische Diagnose	2
Gastro-intestinale Beschwerden	3
Gynäkologische Beschwerden	4
Psychische Beschwerden	2
Psychosomatische Beschwerden	3
Schmerzen	5
	n = 18

Tabelle 3: Häufige von den befragten TCM-AnbieterInnen genannte Beschwerdeanlässe  
(Mehrfachnennungen!)

Nach den Angaben der befragten AnbieterInnen wird TCM von ihren PatientInnen für verschiedene Arten von Beschwerden in Anspruch genommen. Im Hinblick auf die biomedizinischen Fachrichtungen der befragten TCM-AnbieterInnen lässt sich das Fehlen einiger Beschwerdebereiche wie z.B. aus dem Bereich der Onkologie oder der Angiologie nachvollziehen. Es könnten jedoch auch andere Gründe vorliegen, die aus den vorliegenden Daten nicht hervorgehen.

Am häufigsten wurden Beschwerden des Respirationstraktes genannt, wozu z.B. Infekte, Beschwerden durch Allergien und Asthma bronchiale gezählt werden. Diese Beschwerden sind sowohl als akute Beschwerden (z.B. grippale Infekte), als auch als chronische Beschwerden (z.B. Allergien) zu verstehen. Beschwerden des Bewegungsapparates und Schmerzen wurden ebenfalls häufig genannt.

Zwei Befragte gaben an, dass häufige Beschwerdeanlässe ihrer PatientInnen Beschwerden betreffen, die biomedizinische nicht diagnostizierbar sind. Ein Befragter beschrieb dies als „Befundgesunde aber Befindungskranke“ (F 12).

## **TCM-Spezifisches Wissen von NutzerInnen**

Die befragten TCM-AnbieterInnen wurden gebeten, das Vorwissen ihrer PatientInnen über TCM einzuschätzen. Dazu wurden sie aufgefordert auf einer fünfteiligen Skala ihre Schätzung in Prozentzahlen anzugeben (Frage 8). Diese komplexe Frageform schien aufgrund des hohen Bildungsgrades der Befragten möglich und sinnvoll. Das wurde auch durch die hohe Compliance bezüglich dieser Frage bestätigt. Nur eine Befragte machte keine Angaben in Prozentzahlen, sondern kreuzte die Skala an.

Die befragten TCM-AnbieterInnen machten unterschiedliche Angaben. Elf von diesen beurteilten das Vorwissen ihrer PatientInnen als überwiegend gering. Fünf Befragte sahen es als überwiegend mäßiges Vorwissen an. Nur ein einziger TCM-Anbieter schätzte das Vorwissen seiner PatientInnen als überwiegend umfangreich ein.

### **5.1.3. Ergebnis der Auswertung der ExpertInnen-Befragung: Das strukturierte Forschungsfeld**

Die Auswertung der Fragebögen wurde auch qualitativ durchgeführt. Mittels Techniken der Grounded Theory wurden aus den Antworten der Befragten auf die Fragen 7, 9 und 10 des Fragebogens Kategorien herausgearbeitet und in Beziehung zueinander gesetzt. Das Ziel dieser Vorgehensweise war, aus den Daten ein Forschungsfeld zu konstruieren, welches als Basis für den Versuch der Theoriebildung dienen sollte.

Die verwendeten Fragen 7, 9 und 10 waren offene Fragen und bezogen sich sowohl auf die TCM-AnbieterInnen als auch auf die TCM-NutzerInnen (vgl. AnbieterInnen-Fragebogen im Anhang).

Im Folgenden wird die analytische Vorgehensweise dargestellt. Zuerst werden die verschiedenen Themenbereiche aufgeführt, welche sich aus den jeweiligen Antworten der Befragten auf die offenen Fragen ergaben. Weiters wird anhand von kurzen Beispielen die Arbeit mit den Kodierungs- und Kategorisierungsprozessen der Grounded Theory besprochen, um deutlich zu machen auf welche Weise die Ergebnisse gewonnen wurden.

Die erste offene Frage bezog sich auf die TCM-NutzerInnen. Die befragten TCM-AnbieterInnen wurden gebeten, Einstellungen, Wünsche bzw. Ängste ihrer PatientInnen zu Beginn der Behandlung mit TCM aufzulisten (vgl. Frage 7 des AnbieterInnen-Fragebogens im Anhang).

Alle achtzehn Befragten machten Angaben hierzu. Diese Angaben umfassten folgende Themenbereiche: Kosten von TCM; Erwartungen an die Behandlung mit TCM; positive Einstellungen zur TCM als medizinischen Ressource; Erfolgserwartungen an die Behandlung mit TCM; Zweifel, Ängste und Bedenken bezüglich der Behandlung mit TCM.

Die zweite offene Frage bezog sich auf die TCM-AnbieterInnen. Die Befragten wurden aufgefordert aus ihrer Perspektive als AnbieterInnen Probleme beim Einsatz der TCM in Österreich anzugeben (vgl. Frage 9 des AnbieterInnen-Fragebogens im Anhang).

Auch zu dieser Frage machten alle achtzehn Befragten Angaben. Die diesbezüglichen Themenbereiche waren folgende: Kosten von TCM; Qualität der TCM-Behandlung; Stellung der TCM im Gesundheitssystem; problematische Aspekte der Arbeit mit TCM-Arzneimitteln.

Die dritte offene Frage bezog sich ebenfalls auf die TCM-AnbieterInnen. Es wurde nach den Chancen der TCM in Österreich gefragt. Die Befragten wurden gebeten, diese Chancen aus ihrer Sicht einzuschätzen (vgl. Frage 10 des AnbieterInnen-Fragebogens im Anhang).

Alle achtzehn Befragten äußerten sich hierzu. Die von ihnen erwähnten Themenbereiche, welche sich aus den Antworten ergaben, sind folgende: Stellung der TCM im Gesundheitssystem; positive Einstellungen von NutzerInnen; positive Auswirkungen des Einsatzes von TCM.

### 5.1.3.1. Analytische Vorgehensweise bei der Auswertung der ExpertInnen-Befragung – Arbeit mit der Grounded Theory

An dieser Stelle möchte ich meine Vorgehensweise bei der Analyse der Daten aus den Fragebögen für TCM-AnbieterInnen darstellen. Um die einzelnen Schritte der Analyse nachvollziehbar und deutlich zu machen, werde ich an verschiedener Stelle Beispiele aus meinen Arbeitsnotizen anführen.

Die Antworten der Befragten aus den offenen Fragen 7, 9 und 10 wurden in einem ersten Schritt im Sinne der Grounded Theory kodiert. Ich versuchte dabei stets ein passendes begriffliches Konzept für die jeweiligen Aussagen zu finden, welches deren Bedeutungsinhalt treffend widerspiegelte.

Ein Beispiel soll diese Vorgehensweise beleuchten. Es bezieht sich auf die Frage 9, welche die Befragten um eine Aufzählung von Problemen bat, die aus deren Sicht beim Einsatz der TCM in Österreich existierten.

Gegebene Antworten der TCM-AnbieterInnen	Codes
Weitverbreitetes Halbwissen Dass Nicht-Mediziner behandeln Dass auch Nicht-Ärzte mit Kräutern arbeiten	Problematisierte Ausbildungsqualität
Kostenfrage der chinesischen Präparate Teure Arzneien Kräuter sind relativ teuer	Problematisierte Kosten der Arzneitherapie

Abbildung 7: Beispiel für die Kodierung der Daten nach der Grounded Theory

An diesem Beispiel kann man die Bildung zweier Codes nachvollziehen, nämlich „problematisierte Ausbildungsqualität“ und „problematisierte Kosten der Arzneitherapie“.

In einem nächsten Schritt wurden diese Codes daraufhin untersucht, in wie weit sie sich ähnelten und in manchen Fällen zu einer Kategorie zusammengefasst. Ich überlegte schon während dieses Arbeitsschrittes, wie mögliche Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Kategorien aussehen könnten.

Ein Beispiel soll diese Vorgehensweise nachvollziehbar machen. Es bezieht sich auf das Themenspektrum der Qualität von Behandlungen.

Codes	→	Kategorie
Problematisierte Behandlungsqualität Problematisierte Ausbildungsqualität		Problematisierte Qualität

Die beiden Codes „problematisierte Behandlungsqualität“ und „problematisierte Ausbildungsqualität“ wurden zur Kategorie „Problematisierte Qualität“ zusammengefasst. Schon während dieses Prozesses schien sich ein logischer Zusammenhang zwischen den beiden Konzepten abzuzeichnen.

Nach dem ich die oben erwähnten Kategorien gebildet hatte, versuchte ich diese in einem weiteren Schritt zueinander in Beziehung zu setzen. Dabei leitete mich die Frage an, welche Zusammenhänge es zwischen verschiedenen Kategorien gab. Die von den Befragten erwähnten Themenbereiche wollte ich so auf einer analytischen Ebene miteinander verbinden und dadurch für die Konstruierung des Forschungsfeldes fassbar machen.

Wie zuvor angesprochen, war das Ziel der Analyse die Konstruktion eines Forschungsfeldes, welches die Basis für die versuchte Theoriebildung schaffen sollte. Dieses Forschungsfeld sollte die strukturellen Rahmenbedingungen aufzeigen, in denen die Nutzung von TCM als medizinischer Ressource stattfindet.

Dazu wurden die erarbeiteten kategorialen Zusammenhänge in einem letzten Schritt mit drei Gruppen von AkteurInnen in Verbindung gebracht: TCM-AnbieterInnen, TCM-NutzerInnen und das Gesundheitssystem. Das Identifizieren dieser AkteurInnen-Gruppen ergab sich direkt aus den Daten aus den Fragebögen. Diese Zuordnung stellte den letzten Schritt in der Analyse dar. Das Ergebnis der Analyse, namentlich das „Forschungsfeld“ wird im Folgenden dargestellt.

### 5.1.3.2. Das Forschungsfeld – strukturelle (Rahmen)bedingungen der Nutzung

Das Forschungsfeld der Nutzung von TCM in Österreich für diese Arbeit zu strukturieren bedeutete die wesentlichen strukturellen Rahmenbedingungen und Akteure zu identifizieren und deren Beziehung zueinander zu klären. Diese Zusammenhänge werden im folgenden genau besprochen.

Die wesentlichen AkteurInnen des Feldes sind TCM-AnbieterInnen, TCM-NutzerInnen und das Gesundheitssystem bzw. in dessen Vertretung handelnde Personen. Wie aus Abbildung 7 ersichtlich stehen diese Gruppen von AkteurInnen in wechselseitiger Beziehung zueinander.

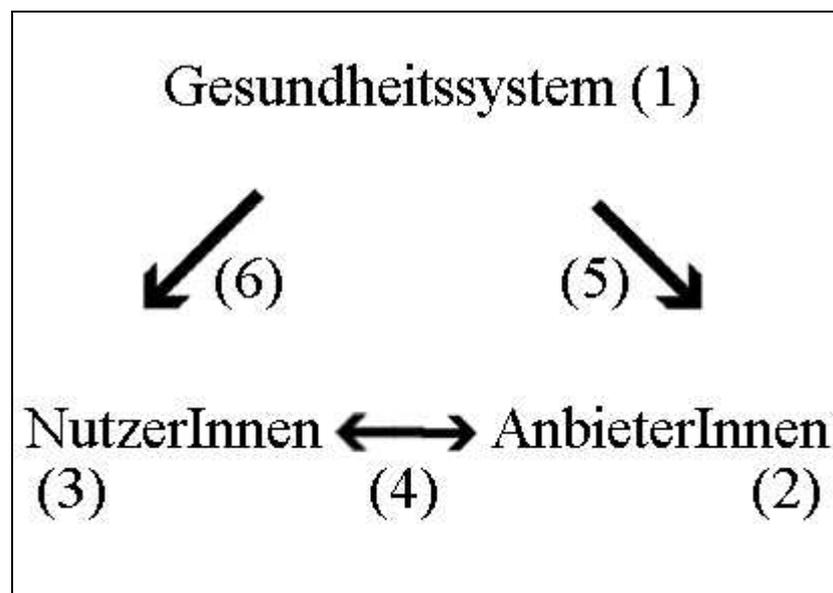


Abbildung 8: Strukturelle Rahmenbedingungen des Forschungsfeldes

#### Die Ebenen der AkteurInnen

##### Gesundheitssystem (1)

Die Ebene des Gesundheitssystems umfasst verschiedene finanzielle, strukturelle und legitimierende Aspekte. Verschiedene Institutionen und Behörden wie z.B.

Krankenversicherungsträger, Gesundheitsministerium, etc. sind hierunter zu verstehen.

Ebenso sind hier Ausbildungsinstitutionen einzuordnen, welche therapeutische Methoden der TCM lehren, und deren Interessensvertretungen.

### TCM-AnbieterInnen (2)

Die Ebene der TCM-AnbieterInnen verweist auf Aspekte der Qualität. Sowohl die Qualität der Ausbildung in medizinischen Methoden der TCM, als auch die Qualität der Behandlung fallen hierunter.

Außerdem spielen die unterschiedlichen Qualifikationen von TCM-AnbieterInnen eine Rolle, wie z.B. andere CAM-Ausbildungen, Ausmaß an Erfahrung in der Ausübung von TCM.

### TCM-NutzerInnen (3)

Die Ebene der TCM-NutzerInnen bezieht sich auf Aspekte der Einschätzung, innere Haltung und Erfahrung im Hinblick auf die Nutzung von TCM als medizinische Ressource. Die unterschiedlichen Erfahrungen sind hier auch hinsichtlich verschiedener Beschwerden von Bedeutung.

Ebenso ist das Wissen über die TCM hier anzusiedeln, dass in Behandlungssituationen mitgebracht wird und sich im Laufe des Behandlungsprozesses potentiell verändert.

## **Die Beziehungsebenen**

Die Beziehungsebenen zwischen den verschiedenen AkteurInnen stellen strukturelle Bedingungen dar. Sie sind als wechselseitige Beziehungen aufzufassen, welche potentiell Veränderungen im Bereich des jeweils anderen hervorrufen.

So kann beispielsweise eine neue Ausbildungsverordnung für AnbieterInnen von Akupunktur (dem Akteur „Gesundheitssystem“ zuzuordnen) Einfluss auf die Qualität

der Behandlung mit Akupunktur (den AkteurInnen „TCM-AnbieterInnen“ zuzuordnen) haben.

Auf den Beziehungsebenen werden Handlungen ermöglicht, untersagt oder verändert. Sie machen dadurch den Kontext aus in dem TCM als medizinische Ressource angeboten und genutzt wird.

#### Beziehungsebene von TCM-AnbieterInnen und TCM-NutzerInnen (4)

Die Beziehungsebene zwischen den AkteurInnen-Gruppen der NutzerInnen und der AnbieterInnen beinhaltet verschiedene Themenkomplexe, die sich auseinander ergeben. Einer der wesentlichen Bereich ist jener der Behandlung, worunter das Bemühen um das Heilen bzw. das Lindern von Beschwerden zu verstehen ist.

Die Aspekte, welche zuvor für die jeweiligen AkteurInnen-Gruppen angesprochen wurden, treffen auf der Beziehungsebene aufeinander. Ein wichtiger Bereich, welcher hier zu nennen ist, ist jener des Erfahrens und Erlebens von Wirkung.

Ebenso sind verschiedene Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung von Bedeutung.

#### Beziehungsebene von TCM-AnbieterInnen und dem Gesundheitssystem (5)

Die Beziehungsebene zwischen den AkteurInnen-Gruppen der AnbieterInnen und des Gesundheitssystems bezieht sich auf verschiedene Themenbereiche, welche sich aus den jeweiligen einzelnen AkteurInnen-Gruppen ergeben.

Die Regulation und Legitimation von Behandlung findet auf dieser Ebene statt. Wichtige Entscheidungen wie das Festsetzen von Ausbildungsverordnungen, das Zulassen von Behandlungsmethoden und von Heilmitteln werden auf dieser Ebene zwischen den AkteurInnen-Gruppen getroffen.

#### Beziehungsebene von TCM-NutzerInnen und dem Gesundheitssystem (6)

Die Beziehungsebene zwischen den AkteurInnen-Gruppen der NutzerInnen und des Gesundheitssystems betrifft verschiedene Themenbereiche.

Der wesentliche Bereich ist jener der finanziellen Ressourcen. Entscheidungen über die Kostenübernahme, die Kostenerstattung bzw. den Kostenzuschuss zu medizinischen Leistungen der TCM werden auf dieser Ebene getroffen.

Darüber hinaus ist hier die Zugänglichkeit von medizinisch-therapeutischen Leistungen einzuordnen, besonders auch in Zusammenhang mit den oben angesprochenen Konsequenzen in Bezug zu finanziellen Ressourcen.

## **5.2. Gespräche mit TCM-NutzerInnen**

### **5.2.1. Informelle Gespräche mit TCM-NutzerInnen**

Zu Beginn der Forschung entstand der Wunsch, in beständiger Nähe zum untersuchten Feld sein zu können. Ich begann nach Möglichkeiten zu suchen, möglichst viel Zeit im Feld und mit den verschiedenen AkteurInnen verbringen zu können.

Auf einer Jobbörse im Internet entdeckte ich eine ausgeschriebene Stelle als Ordinationsassistentin in einer Praxis für Allgemeinmedizin, in der verschiedene CAM-Methoden angeboten werden. Ich bewarb mich für diese Position und wurde eingestellt. Bereits in meiner schriftlichen Bewerbung per E-Mail hatte ich angegeben zur Zeit an einer Diplomarbeit zum Thema „Nutzung von TCM in Österreich“ zu arbeiten. Im persönlichen Bewerbungsgespräch informierte ich die leitende Ärztin nochmals darüber und besprach mit ihr die Möglichkeiten dazu in ihrer Praxis Daten zu sammeln. Ich erklärte, dass ich in Zusammenhang mit der Tätigkeit in Ihrer Praxis keine Interview-PartnerInnen rekrutieren wollte, jedoch meine Augen und Ohren offen halten wolle. Sie stimmte zu, dass ich Informationen aus Beobachtungen und aus von mir geführten Gesprächen mit den PatientInnen der Praxis in anonymisierter Form verwenden durfte.

Ich arbeitete über einen Zeitraum von zehn Monaten (September 2007 bis Juli 2008) mehrmals pro Woche in der Arztpraxis als Ordinationsassistentin. Zu meinen dortigen Aufgaben gehörte der Empfang und die Betreuung der PatientInnen, sowie

verschiedene administrative Tätigkeiten (z.B. Rechnungen schreiben, Kassaführung). Außerdem war ich als erste Ansprechperson für telefonische Anfragen von bestehenden und potentiell zukünftigen PatientInnen dafür zuständig Informationen z.B. über die angebotenen medizinischen und sonstigen Leistungen weiterzugeben. Ich stand durch diese Tätigkeiten in kontinuierlichem persönlichen, telefonischen und schriftlichen Kontakt mit den beiden Gruppen an HauptakteurInnen des Forschungsfeldes, den TCM-AnbieterInnen (ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen und MasseurInnen) und den TCM-NutzerInnen.

Durch die Arbeit in der Arztpraxis bot sich mir die Gelegenheit „mitten im Feld“ zu sein und direkten Kontakt zu vielen NutzerInnen, die TCM in Anspruch nehmen, herstellen zu können. Auch der kontinuierliche Kontakt zu TherapeutInnen, die mit verschiedenen Methoden der TCM behandeln, schien mir wertvoll zu sein.

Von dem Kontakt zu den TCM-TherapeutInnen erwartete ich mir unter anderem Hintergrundinformationen zur Anwendung von TCM (z.B. zur rechtlichen Situation), die ich nicht aus öffentlich zugänglichen Quellen erhalten konnte. Wie sich später zeigte, waren solche Informationen jedoch für meine Untersuchung nicht relevant und bezogen sich vor allem auf berufspolitische Thematiken und auf die therapeutische Wirksamkeit der TCM.

Die methodischen Schwierigkeiten, welche sich aus diesen Rahmenbedingungen ergeben, sollen ebenso wie die persönliche Perspektive als temporäres aktives Mitglied des Forschungsfeldes im weiteren kurz besprochen werden.

Die Anwesenheit im Feld im Kontext eines Arbeitsverhältnisses, in dem Datenschutz und Diskretion von großer Bedeutung sind, beinhaltet ethische, wissenschaftliche und rechtliche Herausforderungen und wirft große diesbezügliche Fragen auf:

Wie offen und wie verdeckt darf Forschung sein?

Welche Wissensinhalte, Erlebnisse und Erfahrungen dürfen verwendet werden?

Wie weit können in einem solchen Zusammenhang erhobene Daten aus Gründen des Datenschutzes verändert werden ohne die Validität von Ergebnissen einzubüßen?

In welchem Rahmen und nach welchen Kriterien definiere ich Daten als für die Untersuchung relevant bzw. nicht relevant?

Wie ist die Bedeutung meiner persönlichen Perspektive auf die Geschehnisse und AkteurInnen des Forschungsfeldes und in wie weit spielen die persönlichen Beziehungen zu diesen AkteurInnen eine Rolle?

All diesen Fragen stellte ich mich gezwungenermaßen gleich zu Beginn der Tätigkeit im Feld und traf nach intensiven Überlegungen und Gesprächen folgende diesbezügliche Entscheidungen.

Zu aller erst entschied ich mich dafür, folgende Position im Feld einzunehmen. Meine Arbeitgeber wurden von mir bezüglich der Thematik der Untersuchung aufgeklärt und darüber informiert, dass meine Erlebnisse und Erfahrungen vor Ort in meine Arbeit einfließen würden, den betroffenen TherapeutInnen gegenüber wurde dieselbe Haltung eingenommen. Den PatientInnen begegnete ich mit der Bereitschaft auf Nachfragen offen über meine Forschungstätigkeit Auskunft zu geben<sup>19</sup>. Diese Position wurde nicht nur aus wissenschaftlich-methodischen Gründen gewählt, sondern trug auch dem Arbeitsablauf vor Ort und den diesbezüglichen Bedürfnissen Rechnung.

Hinsichtlich des Schutzes persönlicher Daten von AkteurInnen des Feldes stand ich vor der Herausforderung unter Berücksichtigung von Diskretion methodisch valide Daten zu gewinnen. Gleichzeitig stellte sich die damit in Zusammenhang stehende Frage nach der Relevanz von Daten und ihrer diesbezüglichen Bewertung im Hinblick auf eine sich verändernde Forschungsfrage.

Die Entscheidung, welche ich angesichts dieser Überlegungen traf, ging folgendermaßen aus. Ich entschloss mich die im Laufe der teilnehmenden Beobachtung gewonnenen Daten ohne Anonymisierung zu analysieren, jedoch in dieser Arbeit keinen direkten Bezug auf Daten *einzelner Personen* zu nehmen, sondern ausschließlich Tendenzen, bereits Abstrahiertes und auf einer über das einzelne Subjekt hinausreichenden Ebene Analysiertes darzustellen. Dies schien mir eine sinnvolle und wirkungsvolle Herangehensweise an die Aspekte des Datenschutzes und der Relevanz der erhobenen Daten. Durch die Menge an gesammelten Daten konnte eher auf Hervorhebung von Fallbeispielen verzichtet werden.

---

<sup>19</sup> Dies geschah zweimal und wurde beide Male sofort mit mäßigem Interesse entgegengenommen.

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle im Forschungsfeld gestaltete sich einigermaßen komplex und schwieriger als zu Beginn von mir angenommen.

Zum einen war die Gefahr der Ausblendung von relevanten Themengebieten und die übermäßige Betonung von bestimmten Aspekten durch das Involviert-Sein in bestimmte Prozesse und Abläufe ständig gegeben.

Darüber hinaus prägen persönliche Beziehungen zu AkteurInnen des Feldes (AnbieterInnen und NutzerInnen) in nicht zu unterschätzender Weise den Blick, welchen man tagtäglich auf das Forschungsfeld richtet.

Dieser Schwierigkeit zu begegnen war in meinen Augen die aller größte Herausforderung, welche sich meines Erachtens nach nicht ausschließlich auf einer wissenschaftlich-methodischen Ebene lösen lässt. Hier sind Eigenschaften bzw. Haltungen wichtig, welche weit in den persönlichen Bereich reichen. Als wichtigste und nützlichste ist hier die Fähigkeit zu und der Einsatz von Reflexion zu nennen. Darunter verstehe ich in diesem Zusammenhang eine tiefgehende und beständige Erforschung der eigenen Haltungen, Meinungen, Gefühle und Wahrnehmungen im Hinblick auf das Forschungsfeld. Um diese teilweise diffusen Inhalte klarer und fassbarer zu machen, ging ich nach wenigen Tagen im Feld dazu über diese in meinem Feldtagebuch so ausführlich, genau und sachbezüglich wie möglich festzuhalten. Die Reflexionen über meine persönliche Beziehung zu den BehandlerInnen in der Arztpraxis, zu meinen anderen Kolleginnen in der Ordination und zu einigen PatientInnen, welche regelmäßig in der Praxis vorstellig wurden, war für mich ein wesentlicher Bestandteil der Forschungstätigkeit.

Wie mit meinen Arbeitgebern vereinbart konnte ich den Kontakt zu TCM-NutzerInnen dazu nutzen aus Beobachtungen und aus Gesprächen gewonnene Informationen als Datenmaterial für diese Untersuchung zu verwenden. Vor allem die informellen Gespräche waren hinsichtlich des Informationsgehaltes von Bedeutung. Die Beobachtungen spielten eine weniger große Rolle. Bei ihnen handelte sich vor allem um Gespräche der NutzerInnen mit den verschiedenen BehandlerInnen, die außerhalb des Behandlungsbereiches stattfanden, Gespräche von NutzerInnen untereinander und Gespräche von NutzerInnen mit Begleitpersonen.

Im Rahmen der durchgeführten Untersuchung, führte ich mit fünfundsiebzig TCM-NutzerInnen informelle Gespräche (IG), welche ich in meinem Forschungstagebuch dokumentierte. Die Anzahl der Gespräche pro InformantIn reichte von einem bis zu fünf Gesprächen.

Die NutzerInnen, mit denen die informellen Gespräche geführt wurden, stellten keine homogene Gruppe dar, sondern unterscheiden sich hinsichtlich verschiedener Gesichtspunkte voneinander. Die Heterogenität der InformantInnen bezog sich unter anderem auf Alter, Bildung, Beruf, Wohnort. Von Personen mit Pflichtschulabschluss bis hin zu UniversitätsprofessorInnen waren z.B. alle Bildungsgrade vertreten.

Obwohl jene Praxis, in der die InformantInnen TCM nutzten, eine Privatpraxis ist, ließ sich kein homogenes Klientel an NutzerInnen ausmachen, sondern es überwog die Vielfältigkeit.

Die informellen Gespräche (IG) mit den NutzerInnen führte ich in die arbeitsbezogene Kommunikation integriert. Ich versuchte dabei möglichst viele für meine Untersuchung relevante Themenbereiche anzusprechen, was mir nicht immer gelang. Einerseits lag das an dem meist kurzen Zeitrahmen (durchschnittlich fünfzehn Minuten) in dem die NutzerInnen mit mir sprachen, bevor sie ihre Behandlung empfangen, und nachher oftmals schnell wieder die Praxis verließen. Die Wartezeiten wurden in der Praxis im Allgemeinen möglichst kurz gehalten. Andererseits blieben aufgrund der bewusst offen angelegten Gesprächshaltung und durch die auch daraus resultierenden unterschiedlichen Gesprächsverläufe meist einige Themenbereiche unberührt. Da einige NutzerInnen mehrmals während meiner Arbeitszeit zur Behandlung in die Praxis kamen und sich dadurch die Chance bot mehrere informelle Gespräche mit diesen zu führen, konnte ich zumindest den zeitlichen Faktor manchmal ausgleichen.

Folgende Themenbereiche wurden in den informellen Gesprächen von mir angesprochen: In Anspruch genommene TCM und andere CAM Methoden, „Leidenswege“, „Behandlungswege“, Heilungswunsch, Erfolgserwartungen, Wissen und Information über TCM, Beschwerden, Diagnosen.

Zum einen waren diese Themenbereiche bereits durch die Analyse der ExpertInnen-Befragung erschlossen, zum anderen ergaben sie sich aus vorausgegangen informellen

Gesprächen. Es handelte sich also auf der einen Seite um von mir ausgehende Impulse, auf der anderen Seite um Themen, die von den NutzerInnen selbst vorgebracht wurden. Diese von den PatientInnen stammenden Themen verdankte ich meiner Meinung nach der offenen Gesprächshaltung.

Diese Offenheit in der Gesprächsführung würde ich rückblickend als riskant einstufen, weil wie oben erwähnt die Möglichkeit bestand, dass einige Themenbereiche unangesprochen bleiben. Darüber hinaus bestand auch die Gefahr, dass eine Vielzahl an für diese Untersuchung unwichtigen Inhalten erhoben wurde. Mit diesen Problematiken hatte ich mich auch oftmals auseinander zu setzen. In manchen informellen Gesprächen waren z.B. nicht in dem von mir erhofften Ausmaß verwertbaren Informationen enthalten oder es wurden nur wenige Themenbereiche behandelt, manchmal nur ein einziger. Ich bin jedoch der Meinung, dass die Vorteile der offenen Gesprächshaltung überwiegen, und ich es schaffte die Nachteile ausreichend auszugleichen.

### **5.2.2. Interviews mit TCM-NutzerInnen**

Im Rahmen dieser Untersuchung führte ich insgesamt vier narrative Interviews mit NutzerInnen von Traditioneller Chinesischer Medizin durch.

Die befragten TCM-NutzerInnen waren nicht PatientInnen in jener Praxis, in der ich tätig war und die oben erwähnten informellen Gespräche führte. Dadurch stellen diese NutzerInnen eine andere InformantInnen-Gruppe dar, wie auch die von jenen erhobenen Daten als einer eigenständigen Datengruppe zugehörig anzusehen ist.

Diese Strategie der Arbeit mit verschiedenen InformantInnen-Gruppen und verschiedenen Datengruppen wandte ich deswegen an, weil das Ziel der Forschung die Bildung einer Theorie der Nutzung war.

Das narrative Interview schien mir überaus geeignet dafür, meine Daten aus der teilnehmenden Beobachtung zu ergänzen. Diese Daten setzten sich, sich wie oben dargestellt, zum Großteil aus vielen kürzeren, fokussierten und informellen Gesprächen und Interaktionen zusammen. Durch die narrativen Interviews sollten

bereits vorhandene Erkenntnisse aus der kontinuierlichen Beschäftigung mit diesen Daten vertieft werden.

Die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen fand über verschiedene Wege statt. Obwohl ich durch meine Tätigkeit im Forschungsfeld kontinuierlichen und intensiven Kontakt mit PatientInnen hatte, entschloss ich mich, andere Orte für die Suche zu wählen. Dieser Entscheidung lagen einerseits organisatorische Aspekte zu Grunde, andererseits schien es sinnvoll, auch InformantInnen aus anderen Kontexten zu befragen um eventuell neue bzw. andere Blickwinkel und Erfahrungswelten einzubeziehen.

Zum einen fragte ich in meinem Umfeld nach potentiellen GesprächspartnerInnen, zum anderen machte ich mehrere Aufrufe in unterschiedlichen Internet-Plattformen. Hinsichtlich der Verteilung der InterviewpartnerInnen ist mir aus meinem persönlichen Umfeld eine Person für ein Gespräch vermittelt worden, die anderen drei Personen meldeten sich bei mir aus eigener Initiative auf meine Aufrufe hin.

Die vier Interviews fanden an unterschiedlichen Orten statt, wobei jedes Mal auf die Bedürfnisse der GesprächspartnerInnen Rücksicht genommen wurde insbesondere in Bezug auf das Bedürfnis nach Wahrung der Privatsphäre. Es galt einen sicheren und stimmigen Rahmen für ein möglichst gutes Gespräch zu finden, der eine möglichst offene und vertrauensvolle Kommunikation unterstützen sollte, was für ein narrativ orientiertes Interview unumgänglich ist.

Das Schaffen einer Vertrauensbasis und einer offenen Stimmung gelang mir gut, was auch daran festzustellen ist, dass die Interviews auf Basis des Du-Wortes geführt wurden. Die InformantInnen boten mir dieses jedes Mal von sich aus und nach wenigen Minuten an. Ein Grund hierfür mag auch darin liegen, dass sie ungefähr im selben Alter wie ich waren, jedenfalls nicht mehr als zehn Jahre älter.

Die Länge der Interviews betrug zwischen einer drei Viertel Stunde und zwei Stunden, wobei diesem Zeitraum jeweils eine kürzere Phase des Kennenlernens und der Erklärung und Darstellung des Forschungsanliegens voraus ging.

Die Kernphase der Gespräche wurde mittels Tonbandgerät aufgezeichnet und in weiterer Folge einer wörtlichen Transkription unterzogen. Darüber hinaus verfasste ich zu jeder Interviewsituation Memos, in denen Wahrnehmungen, Gedanken und

Empfindungen über das Gespräch, den Gesprächspartner und sonstige relevante Inhalte festgehalten wurden.

### **Vorstellung der Informantinnen**

Im folgenden Kapitel sollen die Informantinnen, welche mir in qualitativen Interviews von ihren Erfahrungen mit der Ressource TCM erzählten, kurz vorgestellt werden. Da die Wahrung der Privatsphäre und der Datenschutz ein wesentliches Kriterium der Forschungs-Ethik dieser Untersuchung sind, werden die Informantinnen in einer Weise beschrieben, welche die Wiedererkennung ihrer Person anhand von bestimmten Lebensdaten unmöglich machen soll. Es wird weder ein konkretes Alter genannt, noch wird auf den Lebensstand oder die konkrete Ausbildung eingegangen. Das Ziel ist nicht, eine genaue Charakterisierung zu geben, sondern einen Eindruck zu vermitteln.

Eine Anmerkung ist an dieser Stelle zu machen. Jene Personen, die ich in einem qualitativen Interview befragte, waren zum einen alle weiblich, zum anderen war ihr Bildungsgrad hoch. Sie absolvierten alle ein Hochschulstudium bzw. hatten ein solches bereits abgeschlossen.

Diese Gemeinsamkeiten waren von mir nicht beabsichtigt. Meine Interview-Aufrufe hatte ich zwar auch auf Internetplattformen geschaltet, die vor allem von StudentInnen besucht werden, doch ich hatte auch auf anderen Internetseiten inseriert. Die InformantInnen der anderen Gruppe, mit welchen ich informelle Gespräche führte, sind hinsichtlich verschiedener Kategorien wie Geschlecht, Bildungsgrad, etc. als heterogene Gruppe einzustufen.

Im Lichte einer Vielzahl von aktuellen Studien, welche die NutzerInnen von CAM als überwiegend weiblich und höher gebildet beschreiben (Kindermann 1998), scheint die Übereinstimmung dieser Beschreibung mit den von mir befragten Informantinnen interessant.

### Informantin A

Informantin A ist zwischen 25 und 35 Jahre alt. Sie hat ein geisteswissenschaftliches Studium abgeschlossen und arbeitet seit mehreren Jahren im Kulturbereich.

Seit vielen Jahren beschäftigt sie sich mit medizinischen Ressourcen aus dem Bereich von CAM und nutzt diese regelmäßig. In ihrem familiären Umfeld nutzt niemand sonst CAM-Methoden.

Der Kontakt zur Informantin wurde über eine gemeinsame Bekannte hergestellt. Die Informantin schien von Anfang sehr interessiert daran, über ihre Erfahrungen und Erlebnisse zu berichten. Die Zustimmung zur Aufzeichnung mittels Tonbandgerät erteilte sie ebenfalls bereitwillig, wobei ihr die Wahrung ihrer Privatsphäre ein Anliegen war.

### Informantin B

Informantin B ist zwischen 20 und 30 Jahre alt. Sie ist mit einem laufenden humanwissenschaftlichem Studium beschäftigt.

Die Informantin ist nicht nur Nutzerin, sondern auch Anwenderin der TCM. Dazu hat sie mehrjährige Ausbildungen in verschiedenen Ländern und Institutionen absolviert. Sie ist bereits als TCM-Therapeutin unter Supervision tätig. Im Laufe des Gespräches trat diese Doppel-Identität deutlich hervor. Im familiären Umfeld der Informantin finden sich sowohl AnwenderInnen als auch NutzerInnen von CAM-Methoden. Die Informantin ist seit ihrer frühesten Kindheit mit TCM-Methoden behandelt worden.

Der Kontakt zur Informantin wurde über einen Aufruf auf einer Internetplattform hergestellt, wobei sie sich per E-Mail und Telefon meldete. Sie hatte nichts gegen eine Aufzeichnung des Gespräches mittels Tonbandgerät, wobei die Achtung der Privatsphäre ein wichtiger Punkt war.

### Informantin C

Informantin C ist zwischen 20 und 30 Jahre alt. Sie ist mit einem laufenden sozialwissenschaftlichen Studium beschäftigt.

Sie nutzt seit einiger Zeit die medizinische Ressource TCM. In ihrem familiären Umfeld gibt es einige Personen, welche an Methoden aus dem Bereich von CAM sehr interessiert sind. Zwei dieser Personen sind selbst CAM-Praktizierende. Die Informantin zählt diese beiden Personen zu ihren medizinischen Ressourcen, sie wendet sich regelmäßig ratsuchend an sie.

Der Kontakt wurde über einen Aufruf auf einer Internetplattform hergestellt. Die Informantin meldete sich per E-Mail und Telefon. Der Ortswahl für das Gespräch wurde unter Rücksichtnahme auf die universitären Verpflichtungen der Informantin getroffen. Bei der Aufnahme des Gespräches mittels Tonbandaufnahme waren Datenschutz und Wahrung der Privatsphäre von großer Wichtigkeit.

### Informantin D

Informantin D ist zwischen 25 und 35 Jahre alt. Sie hat ein geisteswissenschaftliches Studium abgeschlossen und arbeitet seit mehreren Jahren im Medienbereich.

Seit kurzer Zeit nutzt sie die medizinische Ressource TCM. Seit vielen Jahren interessiert sie sich für Methoden aus dem Bereich von CAM und probierte bislang verschiedene dieser Methoden. Nur eine Person aus ihrem familiären Umfeld hat einen ähnlichen Zugang zu CAM-Methoden.

Der Kontakt mit der Informantin wurde über einen Aufruf auf einer Internetplattform hergestellt. Sie meldete sich per E-Mail und Telefon, wobei das Gespräch relativ kurzfristig stattfand. Die Aufzeichnung des Gespräches mittels Tonbandgerät stellte kein Problem für die Informantin dar, sie zeigte sich wenig besorgt ob der Wahrung ihrer Privatsphäre.

### **5.2.3. Auswertung der informellen Gespräche und der Interviews**

Im folgenden möchte ich den Prozess der Auswertung der durchgeführten Gespräche mit TCM-NutzerInnen darstellen. Es sollen sowohl die allgemeinen festgelegten Kriterien der Analyse, wie auch die einzelnen Arbeitsschritte transparent gemacht werden um eine gute Nachvollziehbarkeit zu erreichen.

#### **5.2.3.1. Allgemeine Kriterien der Analyse**

Alle Interviews bearbeitete ich mittels der Analysemethoden der Grounded Theory. Dabei wurden nicht alle Möglichkeiten hinsichtlich der Analyseschritte und sonstiger Arbeitsweisen der Grounded Theory zur Anwendung gebracht, sondern ich ging selektiv-pragmatisch vor.

Die für das Methodenrepertoire der Grounded Theory typische Arbeit mit Konzepten und Kategorien den Grundstock der Analyse dar, welcher um verschiedene andere unterstützende Techniken wie zum Beispiel reflexive Techniken wie das kontinuierliche Zusammenfassen alles bisher Erarbeiteten und das kontinuierliche Verfassen von Memos erweitert wurde.

Wie im vorangegangenen Kapitel besprochen, stellen die Gespräche mit TCM-NutzerInnen zwei verschiedenen Datengruppen dar. Die eine Datengruppe umfasst die informellen Gespräche mit PatientInnen einer Praxis für Allgemeinmedizin, in welcher Methoden der TCM angeboten werden. Die andere Datengruppe beinhaltet die qualitativen Interviews, welche mit TCM-Nutzerinnen geführt wurden, welche nicht Patientinnen dieser Praxis sind.

Diese beiden Datengruppen wurden für die Analyse einander gleichgestellt. Das bedeutete, dass die selben Arbeitsschritte angewandt wurden und die jeweiligen Ergebnisse dieser einzelnen Schritte behandelt wurden, als ob sie aus derselben Datengruppen stammten.

Diese Gleichstellung der Datengruppen nahm ich deswegen vor, weil das Ziel der Analyse die Erarbeitung eines theoretischen Modells war. Es ging nicht darum, eine

bestimmte Gruppe von Personen und deren Erfahrungen und deren Verhalten zu untersuchen, sondern ein übergeordnetes Phänomen zu untersuchen.

### **5.2.3.2. Bemerkungen zu den Arbeitsschritten der Analyse**

An dieser Stelle möchte ich meine Vorgangsweise bei der Analyse der erhobenen Daten aus der qualitativen Befragung skizzieren.

Da der Anspruch der Arbeit die Bildung einer Theorie war, wendete ich verschiedene Analysetechniken der Grounded Theory an, die mir zur Theoriebildung geeignet schienen. Im folgenden wird der Einsatz dieser Techniken besprochen und die betreffenden einzelnen Schritte klar dargestellt.

Dem ist vorzuschicken, dass diese Schritte nicht immer genau in jener Reihenfolge stattfanden, wie sie im folgenden beschrieben werden. Manches Mal mussten einige Arbeitsschritte überdacht und neu durchgeführt werden, weil z.B. Codes schlecht bzw. irreführend gewählt wurde. Die Auflistung der Schritte in chronologischer Reihenfolge ist deshalb gewählt um einen Eindruck zu geben, welche Schritt überhaupt stattfanden um dem Anspruch der Transparenz gerecht zu werden.

#### **Offenes Kodieren**

Das Datenmaterial, sowohl die auf Tonband aufgenommenen, transkribierten qualitativen Interviews, als auch die dokumentierten informellen Gespräche, wurde zuerst offen kodiert. Dazu wies ich jeder Textpassage ein „Konzept“ zu, das den Inhalt der jeweiligen Passage inhaltlich treffend zusammenfasste.

Ich kodierte auf diese Weise die gesamten Transkripte bzw. Dokumentationen, auch wenn auf den ersten Blick nicht jeder Satz mit dem untersuchten Phänomen zu tun zu haben schien. Es ging in dem ersten Schritt des offenen Kodierens nicht darum auszusortieren, sondern darum das komplette Datenmaterial zu untersuchen.

Ein Beispiel soll diese Arbeitsweise verdeutlichen. Es handelt sich hierbei um das offene Kodieren einer Textpassage aus dem qualitativen Interview mit Informantin A.

Textpassage aus Interview mit NutzerInnen	Codes
„(..) ja .. und da bin ich dann einfach nimma hin gegangen und sie hat gsagt sie werden schon sehen und ich hab mir gedacht ich lass das jetzt und hab damals schon .. mit Johanniskraut eigentlich .. das hat gut geholfen jetzt letztendlich weil ich's selber überdosiert hab (..)“	Unzufriedenheit mit biomedizinischer Behandlung Eigenbehandlung

Abbildung 9: Beispiel für offenes Kodieren

Das offene Kodieren dieser Interviewpassage brachte wie oben dargestellt die beiden Codes „Unzufriedenheit mit biomedizinischer Behandlung“ und „Eigenbehandlung“ hervor.

### **Axiales Kodieren**

Die Codes, welche ich durch das offene Kodieren gewonnen hatte, sichtete ich in einem nächsten Schritt erneut. Dazu sah ich die Codes nach Ähnlichkeiten, Gemeinsamkeiten und Überschneidungen durch und erstellte verschiedene Codelisten. Diese Codelisten dienten dazu, eine Übersicht für die Bildung von Kategorien aus den Codes zu schaffen.

Als Grundlage der Kategoriebildung diente stets die Frage nach logischen Zusammenhängen. In diesem Sinn bedeutete das Identifizieren von Zusammenhängen zum Beispiel danach zu schauen, welche Codes verschiedene Punkte einer Handlung beschrieben.

Die so erarbeiteten Kategorien stellen somit zum einen Zusammenfassungen der vielen zuvor gebildeten Codes dar. Zum anderen beinhalten sie bereits logische Zusammenhänge wie Abfolgen oder Bedingungen. Das wesentliche Moment ist hier das In-Beziehung-Setzen der verschiedenen Konzepte zueinander.

Außerdem wurden Codes, welche nach diesem Arbeitsschritt nichts mit dem untersuchten Phänomen zu tun zu haben schienen, identifiziert und aus dem weiteren Analyseprozess heraus genommen.

Ein Beispiel soll auch diesen Arbeitsschritt beleuchten. Es handelt sich hierbei um die Kategorie der „informierten Eigenbehandlung“.

Codes:	Kategorie:
Eigeninformation	informierte Eigenbehandlung
Eigenbehandlung	
Eigeninitiative zur Informationssuche	

Abbildung 10: Beispiel für axiales Kodieren

Die Kategorie „informierte Eigenbehandlung“ fasst nicht nur die ähnlichen Codes der „Eigeninformation“ und „Eigenbehandlung“ zusammen, sondern ermöglicht die verschiedenen Aspekte analytisch zu erfassen. Die nachfolgenden Auflistungen „Therapeutischer Kontext“ und „Quelle der Informiertheit“ stellen solche Schlussfolgerungen dar, Ergebnisse der Untersuchung der Konzepte auf logische Zusammenhänge.

Therapeutischer Kontext:	Quelle der Informiertheit:
Allein / isoliert	eigeninformiert
Kombinatorisch / unterstützend	fremdinformiert
	professionellinformiert

Abbildung 11: Beispiel für axiales Kodieren

### **Selektives Kodieren**

Der nächste Schritt in der Analyse bestand darin, von den gebildeten Kategorien zu einer Theorie zu gelangen. Dazu liess ich mich von der Frage danach anleiten, welches durch die Kategorien erfasste Phänomen meine Forschungsfrage beantworten

konnte. Es ging darum eine Gewichtung innerhalb der durch die bisherigen Analyseschritte herausgearbeiteten Thematiken vorzunehmen.

Dieses Identifizieren des zentralen Phänomens gelang mir durch den Einsatz verschiedener reflexiver Techniken der Grounded Theory. Durch das Verfassen von Memos bzw. Theoriebildungs-bezogenen Notizen konnte ich Unklarheiten bezüglich der Beziehungen zwischen einzelnen Kategorien beseitigen. Das Aufschreiben des „Roten Fadens der Geschichte“ half mir dabei, die einzelnen Aspekte wieder zusammen zu führen. Dabei beschrieb ich in möglichst einfach formulierten Worten die verschiedenen herausgearbeiteten Thematiken.

Diese reflexiven Techniken wendete ich im Laufe des Analyseprozesses immer wieder an, teilweise auch zu denselben Thematiken. Sie dienten dazu, Klarheit zu schaffen und Verbindungen zwischen Kategorien sichtbar zu machen bzw. herzustellen.

### **5.3. Erarbeitete Theorie der Nutzung**

Das Ziel dieser Arbeit galt dem Versuch ein theoretisches Modell bzw. eine Theorie der Nutzung von medizinischen Ressourcen zu bilden. Im folgenden Kapitel wird das Ergebnis dieses Versuchs, die erarbeitete Theorie, ausführlich dargestellt. Der Darstellung der Theorie werden an dieser Stelle einige wichtige Bemerkungen voran gestellt.

Über die durchgeführte Untersuchung muss nochmals festgehalten werden, dass aufgrund der eher geringen Datenmenge nicht von Repräsentativität gesprochen werden kann. Sie versteht sich als Ausgangspunkt für eventuelle weitere Untersuchungen, welche diesem Anspruch gerecht werden.

Darüber hinaus muss an dieser Stelle betont werden, dass die Bildung einer Theorie ein anspruchsvolles und herausforderndes Unterfangen darstellt. In dieser Arbeit wurde versucht, dieses Unterfangen methodisch einwandfrei durchzuführen.

Aufgrund des hohen Anspruches einer Theoriebildung, soll jedoch nochmals der Versuchscharakter hervorgehoben werden.

### **5.3.1. Die Nutzung von Ressourcen: Differenzierung und Integration**

Die erarbeitete Theorie bezieht sich auf das Phänomen der Nutzung medizinischer Ressourcen. Diese Ressourcen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zu verschiedenen Systemen (z.B. Biomedizin, TCM), als auch hinsichtlich der verschiedenen genutzten medizinischen Methoden (z.B. biomedizinische Laboruntersuchungen, Akupunktur).

Auch wenn im Rahmen dieser Untersuchung der Ausgangspunkt das Phänomen der Nutzung von TCM war, weisen die gewonnenen Ergebnisse über dieses Phänomen hinaus. Das wesentliche Moment liegt darin, wie verschiedenen medizinische Möglichkeiten als potentielle medizinische Ressourcen angesehen und als solche genutzt werden. Die Nutzung selbst macht in diesem Sinne das untersuchte Phänomen aus, nicht die Nutzung bestimmter medizinischer Systeme bzw. Entitäten. Diese Erkenntnis ist bereits als ein wichtiges Ergebnis der durchgeführten Untersuchung anzusehen.

Zwei wesentlichen Aspekten kommt bei der Nutzung medizinischer Ressourcen eine tragende Rolle zu, nämlich zum einen jener der Differenzierung und zum anderen jener der Integration. Die Differenzierung der Ressourcen stellt eine Bewertung hinsichtlich der Nützlichkeit und Sinnhaftigkeit in bestimmten Situationen für bestimmte Beschwerden dar. Die Integration der Ressourcen bedeutet die Handlungskonsequenzen, die sich aus der Differenzierung ergeben. Medizinische Ressourcen können sowohl exklusiv genutzt werden, als auch in vielfältigen Kombinationen. Der wesentliche Aspekt ist hier das Potential der verschiedenen Möglichkeiten, die unterschiedlichen medizinischen Ressourcen und die unterschiedlichen Nutzungsarten.

Im Sinne der Grounded Theory ist dieser differenzierend-integrierende Ressourcen-Umgang als zentrales Phänomen als Kernkategorie der erarbeiteten Kategorie zu verstehen.

Drei Hauptkategorien prägen diese differenzierend-integrierende Ressourcen Nutzung. Diese Hauptkategorien sind die „kompetente Verantwortungsübernahme“, die „Differenzierung medizinischer Ressourcen“ und die „gelebte Ganzheitlichkeit“. Sie stellen bestimmte Eigenschaften der Kernkategorie dar, welche sich unter dem Einfluss von verschiedenen Erfahrungen entwickeln und verändern.

Abbildung 12 hält diese Struktur graphisch fest.

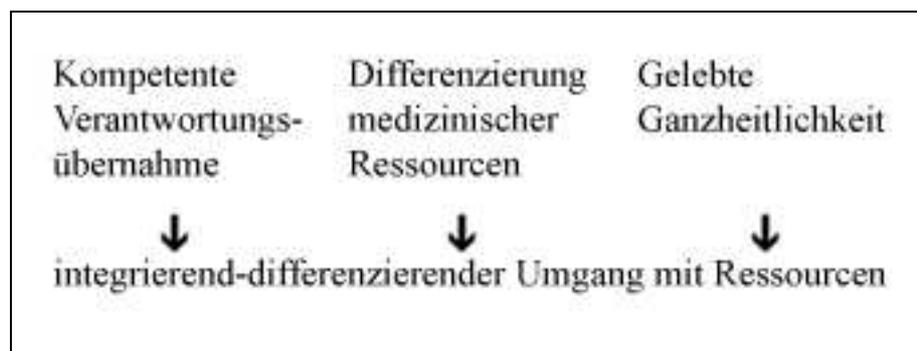


Abbildung 12: Darstellung der Kernkategorie und deren Hauptkategorien

Die Kategorie „kompetente Verantwortungsübernahme“ bezieht sich auf jene Aspekte des Handlungsbereiches von NutzerInnen medizinischer Ressourcen, welche den Zusammenhang zwischen verschiedenen sich entwickelnden gesundheitsbezogenen Kompetenzen und verschiedenen sich herausbildenden gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien beinhalten.

Die Kategorie „Differenzierung medizinischer Ressourcen“ erschliesst Komponenten des Handlungs- und Deutungsbereiches von NutzerInnen medizinischer Ressourcen, welche die Beziehung zwischen verschiedenen (Erfahrungen mit) Beschwerden und verschiedenen (Erfahrungen mit) medizinischen Ressourcen beinhalten.

Die Kategorie „gelebte Ganzheitlichkeit“ bezieht sich auf jene Aspekte des Handlungs- und Deutungsbereiches von NutzerInnen medizinischer Ressourcen, welche den Zusammenhang zwischen verschiedenen (Erfahrungen mit) Beschwerden und verschiedenen sich entwickelnden selbstbezogenen Kompetenzen betreffen.

### **5.3.2. Darstellung der Hauptkategorien der erarbeiteten Theorie**

Im folgenden werden die Hauptkategorien der gebildeten Theorie detailliert behandelt.

#### **5.3.2.1. Kompetente Verantwortungsübernahme**

Wie an voran gegangener Stelle erwähnt, bezieht sich jenes Phänomen, das als „kompetente Verantwortungsübernahme“ bezeichnet wird, auf verschiedene gesundheitsbezogene Kompetenzen der untersuchten NutzerInnen.

Die NutzerInnen medizinischer Ressourcen sind in diesem Zusammenhang nicht als passive EmpfängerInnen solcher Ressourcen anzusehen. Sie können vielmehr als aktive TeilnehmerInnen verstanden werden. Bestimmte Aspekte der Teilnahme am (medizinischen) Geschehen wurden in dieser Untersuchung mit der Konstruktion der Kategorie „Kompetente Verantwortungsübernahme“ fassbar und sichtbar gemacht.

Abbildung 13 stellt diese Kategorie in ihren strukturellen Zusammenhängen graphisch dar. Wie schon der Name der Kategorie verdeutlicht und wie aus der betreffenden Abbildung ersichtlich wird, ist das zentrale Thema das Zusammenspiel der beiden Komponenten „Kompetenz“ und „Verantwortung übernehmen“. Die Kernaussage, die zu diesem Zusammenspiel zu treffen ist, lautet: Sich entwickelnde Kompetenzen führen zur Möglichkeit für gesundheitsbezogenes Geschehen Verantwortung zu übernehmen.

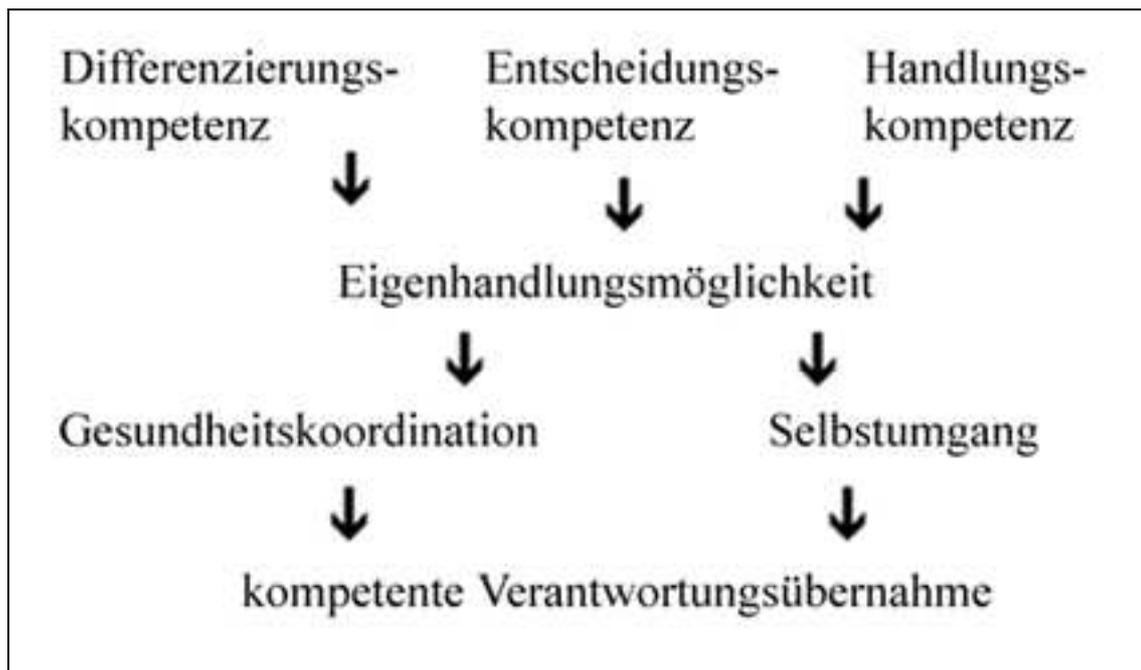


Abbildung 13: Darstellung der Kategorie „kompetente Verantwortungsübernahme“

Die gesundheitsbezogenen Kompetenzen der NutzerInnen lassen sich analytisch in drei verschiedene Arten von Kompetenz einteilen, nämlich „Differenzierungskompetenz“, „Entscheidungskompetenz“ und „Handlungskompetenz“. Diese Aufsplittung der Arten von Kompetenzen ist in der gelebten Erfahrung nicht in dieser Form gegeben. Für die NutzerInnen scheinen die Übergänge einigermaßen fließend zu sein, insbesondere weil es sich um sich entwickelnde Kompetenzen handelt.

Unter der Bezeichnung „Differenzierungskompetenz“ ist die Auseinandersetzung der NutzerInnen mit verschiedenen medizinischen Ressourcen und Beschwerden zu verstehen. Das zentrale Thema dieser Auseinandersetzung betrifft hier die Bewertung der Ressourcen in Bezug auf die Behandlung verschiedener Beschwerden. Dabei werden von den NutzerInnen Möglichkeiten bei Diagnose und Behandlung den jeweiligen Beschwerden gegenübergestellt. Eine wesentliche Rolle spielen hierbei Gesundheitsbegriffe, sowie Menschen- und Weltbilder sowohl der NutzerInnen selbst als auch jene, welche den verschiedenen medizinischen Ressourcen von den NutzerInnen zugeordnet werden. Dieses Geschehen wird im Kapitel zur „Differenzierung medizinischer Ressourcen“ ausführlich besprochen.

„Entscheidungskompetenz“ meint zum einen das Entscheiden für die Nutzung einer oder mehrerer medizinischer Ressourcen für verschiedenen Beschwerden. Zum anderen sind auch die Entscheidung für oder gegen bestimmte Vorgehensweisen innerhalb eines oder mehrerer Therapieprozesse gemeint.

Die „Handlungskompetenz“ der NutzerInnen bezieht sich auf die Kompetenz zur Durchführung von gesundheitsbezogenen Handlungen. Damit sind Handlungen auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Zusammenhängen gemeint, vom Einholen von Informationen bis hin zur selbstständigen Behandlung von Beschwerden.

Alle drei Arten von Kompetenzen eröffnen für die NutzerInnen gesundheitsbezogene Eigenhandlungsmöglichkeiten. In dieser Untersuchung wurden drei wesentliche solche Möglichkeiten identifiziert. Zum einen die Möglichkeit der „Gesundtskoordination“, weiters die Möglichkeit der „Eigenbehandlung“ und ferner ein Phänomen, das unter der Bezeichnung „Selbstumgang“ fassbar gemacht wurde. Dieses letzte Phänomen wird auch in einem folgenden Kapitel zur „gelebten Ganzheitlichkeit“ besprochen.

„*Gesundtskoordination*“ meint all jene von NutzerInnen ergriffene Massnahmen, welche mit dem kompetenten Umgang mit medizinisch-therapeutischen Massnahmen in direktem Zusammenhang stehen.

Unter der Bezeichnung „*Eigenbehandlung*“ werden solche gesundheitsbezogene Massnahmen verstanden, welche von den NutzerInnen selbst als medizinisch-therapeutische Massnahmen zum Einsatz gebracht werden.

„*Selbstumgang*“ bezieht sich auf all jene von den NutzerInnen gesetzten Massnahmen, die nicht direkt mit medizinisch-therapeutischen Massnahmen in Verbindung stehen.

Alle drei Arten von Eigenhandlungsmöglichkeiten eröffnen den NutzerInnen Raum zur Übernahme von Verantwortung im gesundheitsbezogenen Geschehen.

## **Gesundheitsbezogene Kompetenzen**

Wie oben erwähnt sind die verschiedenen Kompetenzen, welche mit der gesundheitsbezogenen Verantwortungsübernahme in Verbindung stehen, in die drei Bereiche der Differenzierung, der Entscheidung und der Handlung einzuteilen.

Hinsichtlich der Beziehung dieser Kompetenzen zueinander lässt sich analytisch eine Abfolge feststellen. Differenzierungskompetenz führt zu Entscheidungskompetenz, die wiederum zu Handlungskompetenz führt. Die Erfahrungen mit dem Einsatz von Handlungskompetenz vertiefen für die NutzerInnen in weiterer Folge die Differenzierungskompetenz. In diesem Sinne verändern und entwickeln sich die verschiedenen Kompetenzen der NutzerInnen. Wie zuvor angesprochen sind hier die Übergänge zwischen den Kompetenzen als fließend anzusehen.

Für die (Weiter)Entwicklung der Kompetenzen können mehrere Aspekte als wesentlich angesehen werden.

Zum einen spielen die Aspekte des Wissens und der Information eine Rolle, durch die den untersuchten NutzerInnen verschiedenen Zugänge zu gesundheitsbezogenen Thematiken und Konzepten eröffnet werden.

Ein weiterer Aspekt, der nicht nur für die Entwicklung der Kompetenzen wesentlich ist, sondern auch für den Einsatz von Bedeutung ist, ist jener des Vertrauens in das Potential der eigenen Kompetenzen.

Im folgenden Abschnitt werden die in dieser Untersuchung identifizierten gesundheitsbezogenen Eigenhandlungsmöglichkeiten der NutzerInnen besprochen: „Gesundheitskoordination“, „Informierte Eigenbehandlung“ und „Selbstumgang“.

### **Gesundheitskoordination**

Unter „Gesundheitskoordination“ werden all jene von NutzerInnen ergriffene Massnahmen bzw. Handlungen verstanden, welche in direktem Zusammenhang mit dem kompetenten Umgang mit medizinisch-therapeutischen Massnahmen stehen. Gesundheitskoordination lässt sich demnach als Set von Handlungsstrategien

beschreiben, welche durch bestimmte gesundheitsbezogene Zugänge und bestimmte gesundheitsbezogene Kompetenzen beeinflusst ist.

Einerseits handeln die NutzerInnen gesundheitskoordinatorisch in dem sie gesundheitsbezogene Informationen sammeln und bewerten. Dazu zählen Informationen über medizinisch-therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten ebenso wie Informationen über gesundheitserhaltenden Strategien.

Diese Auseinandersetzung mit Information kann auf vielfältige Weise geschehen.

Informationen können von den NutzerInnen selbst aus einer Vielzahl an Quellen (z.B. Büchern; Internet) zusammengetragen werden. Es können außerdem Informationen von bestimmten Personen eingeholt werden, deren Professionalisierungsgrad von nicht-professionell (z.B. Familienmitglieder ohne medizinisch-therapeutische Ausbildung) bis hoch-professionell (z.B. FachärztInnen) reichen kann.<sup>20</sup>

Diese Art der „Gesundheitskoordination“ lässt sich analytisch betrachtet dem Beginn eines Behandlungsprozesses zuweisen. Die untersuchten NutzerInnen behalten diese interessierte Haltung auch im weiteren Verlauf bei.

Andererseits handeln die NutzerInnen gesundheitskoordinatorisch, in dem sie verschiedenen medizinisch-therapeutische Massnahmen bzw. Behandlungen einleiten, aufrechterhalten bzw. abbrechen. Auch hier gibt es ein Kontinuum der Professionalisierung, in dem die Behandlungen anzusiedeln sind. Diese können zum einen von den betreffenden NutzerInnen selbst durchgeführt werden (vgl. „Informierte Eigenbehandlung“). Zum anderen können sie von anderen Personen durchgeführt werden, die nach deren Professionalisierungsgrad eingeteilt werden können.

---

<sup>20</sup> An dieser Stelle sei kurz Kleinmanns (1980) Modell der Sektoren in Erinnerung gebracht, welches ein immer noch gültiges und sinnvolles Analyse-repertoire darstellt und zu späterer Stelle nochmals diskutiert wird. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Aktualität von Kleinmanns (1980) Modellen und Konzepten im Kontext der Untersuchung von CAM in Österreich findet sich bei Gaugusch-Unger (2005).

## **Informierte Eigenbehandlung**

Eine Vielzahl der untersuchten NutzerInnen zeigt ein Verhalten, welches als „informierte Eigenbehandlung“ eine weitere gesundheitsbezogene Eigenhandlungsmöglichkeit darstellt. Mit dieser Bezeichnung sind medizinisch-therapeutische Massnahmen der NutzerInnen erfasst, welche außerhalb eines professionellen Kontextes zu verorten sind. Dennoch sind diese Massnahmen nicht als von diesem professionellen Kontext prinzipiell unabhängig zu verstehen.

„Informierte Eigenbehandlung“ bedeutet, dass medizinisch-therapeutische Massnahmen von den NutzerInnen selbst durchgeführt werden. Dieses Phänomen lässt sich folgendermaßen strukturieren. Als wesentliche Komponenten wurden die Aspekte der Informations(quelle) und des medizinisch-therapeutischen Kontextes identifiziert.

Unter „Information“ werden all jene Wissensinhalte verstanden, welche in einem direkten Zusammenhang mit dem Durchführen der Eigenbehandlung durch die NutzerInnen stehen. Information kann durch Eigenleistung und / oder Fremdleistung gesammelt werden (*Informationsherkunft*). Sie kann ebenso aus professionellen bzw. nicht-professionellen Kontexten stammen (*Grad an Professionalisierung*).

Unter dem „medizinisch-therapeutischen Kontext“ ist der Rahmen zu verstehen, in dem (Eigen)behandlung stattfindet. Ein solcher medizinisch-therapeutischer Kontext kann auf zweifache Weise geprägt sein. Zum einen lässt sich eine Unterscheidung hinsichtlich des Grades an Kombinatorik treffen. Die „informierte Eigenbehandlung“ kann alleine bzw. isoliert stattfinden. Außerdem kann sie Teil eines multiplen Sets aus unterschiedlichen Behandlungen sein. Diese können, müssen jedoch nicht notwendigerweise aus verschiedenen medizinisch-therapeutischen Kontexten stammen.<sup>21</sup>

Zum anderen lässt sich der medizinisch-therapeutische Kontext im Hinblick auf eine Hierarchisierung von Behandlungen differenzieren. Die „informierte

---

<sup>21</sup> z.B. verschiedene medizinische Massnahmen, welche ausschließlich biomedizinische Massnahmen darstellen.

Eigenbehandlung“ kann sich auf einem diesbezüglichen Kontinuum bewegen, welches von einer primär durchgeführten „informierten Eigenbehandlung“, über eine unterstützende bzw. begleitende, bis hin zu einer untergeordneten „informierten Eigenbehandlung“ reicht.

Die Erfahrungen einer Informantin sollen das eben Gesagte beispielhaft verdeutlichen. Die betreffende Person erzählte im dokumentierten Gespräch von ihren psychischen Beschwerden und den in diesem Zusammenhang durchgeführten medizinisch-therapeutischen Massnahmen.

Sie litt über einen Zeitraum von mehreren Monaten unter depressiven Episoden und Angstzuständen. Sie nahm wegen dieser Beschwerden eine biomedizinische Behandlung durch eine Fachärztin für Psychiatrie in Anspruch. Die Psychiaterin diagnostizierte eine Depression und eine Angststörung, führte psychotherapeutische Gespräche mit der Informantin und verordnete ihr Psychopharmaka. Diese Behandlung ihrer Beschwerden war jedoch für die Informantin problematisch, vor allem aufgrund der massiven Nebenwirkungen der Psychopharmaka. Sie begann eigeninitiativ nach Alternativen zu suchen. Nach der Lektüre einiger biomedizinischer Studien entschied sie sich für die Absetzung der Psychopharmaka und zur eigenständigen Einnahme eines pflanzlichen Arzneimittels. Diese Entscheidung teilte sie der behandelnden Psychiaterin mit. Weil diese die Entscheidung nicht unterstütze, brach sie die Behandlung ab und behandelte sich selbst mit dem pflanzlichen Arzneimittel (I1).

Um die Informantin selbst zu Wort kommen zu lassen, sei an dieser Stelle die betreffende Interviewpassage auszugsweise wiedergegeben.

Nutzerin: „(..) und da war ich dann bei einer .. bei einer Psychiaterin, die hat mir dann hundert tausend Anti-Depressiva gegeben von denen hab ich dann aber Nasenbluten bekommen und ich hab dann selber angefangen zu recherchieren .. und hab ah .. einer amerikanischen Uni-Seite hab ich dann einfach ein paar .. Experimente quasi so Langzeitversuche oder Langzeitstudien gelesen mit Johanniskraut ausgegraben, weil das war bei uns so .. das is ja zehn Jahre her oder so war (unverständlich) grad .. am Beginn“

Interviewerin: „Genau, das“

N: „und da hat mir eben diese Ärztin das war lustig die hat mir die schlimmsten Medikamente verschrieben Beruhigungsmittel die sofort abhängig machen wenn ma nur eine halbe anschaut .. eine halbe Tablette und ich hab zu ihr gsagt ok ich versuch's jetzt mit Johanniskraut und „nur nicht!“ und „warum?“ (unverständlich) „nicht machen wenn sie dann überdosieren und das Herz“ .. ja .. und da bin ich dann einfach nimma hin gegangen und sie hat gsagt sie werden schon sehn und ich hab mir gedacht ich lass das jetzt und hab damals schon .. mit Johanniskraut eigentlich .. das hat gut geholfen jetzt letztendlich weil ich's eben selber überdosiert hab.“

(Auszug aus: Interview I1 mit Informantin A)

Betrachtet man die Erfahrungen der Informantin im Hinblick auf die zuvor besprochenen Aspekte der „Information“ und des „medizinisch-therapeutischen Kontextes“, so lassen sich folgendes festhalten.

Die Informantin behandelte sich selbst aufgrund von Informationen, die sie selbst gesammelt hatte. Die Informationen standen ihr daher durch ihre Eigenleistung zur Verfügung (*Informationsherkunft*). Außerdem entstammten die Informationen aus einem professionellen Kontext (*Grad an Professionalisierung*).

Der medizinisch-therapeutische Kontext der Eigenbehandlung kann als alleinig bzw. isoliert (*Grad an Kombinatorik*) und als primär (*Hierarchie von Behandlungen*) charakterisiert werden.

Das entscheidende Moment scheint hier das eigenständige Handeln von NutzerInnen zu sein. Es wird in diesem Zusammenhang deutlich, dass es sich um ein An-Ressourcen-Orientiertes Verhalten handelt, das von Integration geprägt ist. Verschiedene Inhalte, Informationen und Handlungsstrategien können aus verschiedenen medizinischen Ressourcen in die jeweiligen (Lebens)situationen eingegliedert werden.

Die „informierte Eigenbehandlung“ zeigt diese Ressourcen-Orientiertheit, die sich nicht unbedingt auf vorgegebene Kontexte beschränkt. Als wesentlich ist anzusehen, dass gesundheitsbezogenes Handeln im Sinne einer „informierten Eigenbehandlung“ eklektizistische Züge trägt. Elemente aus verschiedenen medizinischen Ressourcen können in vielfältiger Weise zueinander in Bezug gesetzt und solchermaßen genutzt werden.

## **Exkurs: Compliance - Die verunsicherte Non-Compliance**

Das in dieser Untersuchung erarbeitete theoretische Modell bezieht sich stark auf das eigenständige Handeln von NutzerInnen. In diesem Zusammenhang ist ein Themenbereich von wesentlicher Bedeutung, der nicht direkt in das erarbeitete Modell eingegliedert wurde. Dieser Themenbereich ist jener der „Compliance“.

In der durchgeführten Untersuchung wurde das Phänomen „Compliance“ von den NutzerInnen durchgehend thematisiert, sowohl explizit als auch implizit. In der Analyse der diesbezüglichen Daten wurde dazu folgendes herausgearbeitet. Das Phänomen „Compliance“ lässt sich in seinem Vorkommen in dieser Arbeit mit der Bezeichnung „verunsicherte Non-Compliance“ charakterisieren. Im nachfolgenden Abschnitt wird dieses anhand der Daten konstruierte Phänomen dargestellt.

Das Phänomen der Compliance lässt sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten. Unter anderem stellt (Non-Compliance) eine Interaktionsproblematik dar, die sich unter Betrachtung der AnbieterInnen-NutzerInnen-Achse analysieren lässt. Diese Perspektive wurde in der Aufbereitung der zur Thematik erhobenen Daten eingenommen, wie im folgenden dargestellt wird.

Das zentrale Geschehen der „verunsicherten Non-Compliance“ lässt sich als Ablehnungsprozess begreifen. Die NutzerInnen einer medizinischen Ressource machen auf verschiedenen Ebenen bestimmte Erfahrungen, welche zur Ablehnung dieser Ressource führen.

Abbildung 14 stellt diesen Prozess in seiner Struktur dar.



Abbildung 14: Darstellung der Kategorie „verunsicherte Non-Compliance“

Wie aus Abbildung 14 ersichtlich, stehen am Anfang des Ablehnungsprozesses verschiedene negativ wahrgenommene Erfahrungen. Zum einen handelt es sich um Erfahrungen, welche mit dem jeweiligen medizinischen Personal in Zusammenhang stehen. Zum anderen sind Erfahrungen mit den jeweiligen Diagnose- und Behandlungsverläufen als wesentlich anzusehen.

Die negativ wahrgenommenen Erfahrungen mit medizinischen Personal lassen sich nach verschiedenen Aspekten zuteilen.

Zum einen handelt es sich um direkt auf einer Interaktionsebene stattfindende Dissonanzen. Als ablehnend wahrgenommenes Verhalten des medizinischen Personals ist hier zu nennen. Unter anderen schien dies die Ablehnung von Massnahmen der Eigenbehandlung zu betreffen, wenn solche von den NutzerInnen getroffen wurden. Aber auch Zeitmangel und generelles Desinteresse wurden in diesem Zusammenhang thematisiert.

Ferner sind verschiedene Diskontinuitäten im Laufe eines Behandlungsprozesses als wesentlich anzusehen. Dazu zählen zum einen wechselndes Personal, sowohl durch strukturelle Gegebenheiten, z.B. Dienstzeiten in Krankenhäusern, als auch durch bewusst gesetzte Handlungen, z.B. Überweisungen an einen Facharzt. Außerdem sind Veränderungen der durchgeführten Behandlung an dieser Stelle zu nennen, welche

von den NutzerInnen als negativ wahrgenommen werden, z.B. neue Verordnungen von Medikamenten.

Auf der Ebene von Diagnose und Behandlung stellen sich die negativ wahrgenommenen Erfahrungen folgendermaßen dar. Es kann auf einer der Ebenen bzw. auch auf beiden zu Dissonanzen kommen. Die jeweilige(n) Diagnose(n) bzw. Behandlung(en) scheint dann teilweise bzw. vollständig an den von den NutzerInnen erlebten Beschwerden vorbei zu gehen. Diese Unstimmigkeiten lösen eine Misserfolgswahrnehmung bei den NutzerInnen aus, welche mit Vorsicht in Bezug auf mögliche Nebenwirkungen der genutzten medizinischen Ressource einhergehen kann.

Die beschriebenen negativ wahrgenommenen Erfahrungen führen zu Unzufriedenheit (mit einer medizinischen Ressource) auf der Ebene der Beziehung zwischen AnbieterInnen und NutzerInnen. Ferner rufen sie durch die entstandene „Misserfolgswahrnehmung“ Angst und Unsicherheiten in Bezug auf Diagnose und Behandlung hervor.

Eine Gesprächspassage aus dem Interview mit Informantin C zeigt die dargestellten Aspekte der „verunsicherten Non-Compliance“ deutlich auf. Die Informantin beschreibt in dieser Passage ihre Erfahrungen mit einer bestimmten Beschwerde und den darauffolgenden Behandlungen:

Nutzerin: Weil ich einfach immer gute Erfahrungen damit gmacht hab bis jetzt .. und in der Schulmedizin hab ich die .. bei den kleinen Dingen irgendwie nicht .. weil weil eben .. mit der Zehe wo ich fünf verschiedene Sachen ausprobiert hab müssen und nix hat was bracht das hat einfach nix bracht jeder Arzt hat ma was andres gsagt der eine hat gsagt ich soll's feucht halten der andere hat gsagt trocken und ich weiß es nicht .. die widersprechen sich alle und das find ich so unlogisch einfach.

Interviewerin: War das vor allem eine ambulante Behandlung in einem Spital oder war das auch bei einem .. niedergelassenen Arzt eben wo die Geschichte mit der Zehe?

N: Ich war im im Spital .. da war ich dann ... drei Tage oder so .. und dann ham mir die halt gsagt also sie ham da irgendwie auch den Nerv dawischt oder so dass heißt ich hab überhaupt keine Schmerzen ghabt die wollten mir dauernd Schmerzmittel

andrehen und ich hab's aber nicht gespürt, ja. (Zeigt auf Fuß) Also es ist da zwischen den Zehen und hab einfach .. ich hab's nicht gespürt, ich hätt .. ganz normal wieder gehen können und bin dann halt mit Krücken rumgelatscht weil die Ärzte das gesagt ham dass ich das nicht belasten soll auch irgendwie logisch wenn die mich wenn da ein Schnitt ist dass das halt nicht aufplatzt. Ja. (..) Gspürt hab ich's nicht und dann hat hat das von Anfang an ein bissl komisch ausgeschaut und die ham mir dann eben gesagt ja dass ich zu viel .. herum manipulier und weiß nicht was alles. Das war für mich so .. weil es einfach so komisch die ham mich so komisch .. nicht gut betreut gefühlt weil ich mein, ja (lacht).

(Auszug aus: Interview I3 mit Informantin C)

In dieser Passage erzählt die Informantin von ihren Beschwerden an einer Zehe, für deren Behandlung sie Biomedizin als Ressource in Anspruch nahm. Es fand eine Operation statt, auf die ein mehrtägigen Krankenhausaufenthalt folgte. Die oben angesprochenen Dissonanzen in Bezug auf die Beziehung zu medizinischem Personal, ebenso wie in Bezug auf Diagnose und Behandlung, lassen sich zeitlich in das Geschehen nach der Operation einordnen.

Wie aus den obenstehenden Erzählungen ersichtlich, schien der Heilungsprozess der operierten Zehe aus Sicht der Informantin nicht zufriedenstellend zu verlaufen. Sie verweist diesbezüglich in ihren Ausführungen auf mehrere Ebenen. Eine solche bezieht sich auf die wechselnden behandelnden BiomedizinerInnen. Im Laufe ihres viertägigen Aufenthaltes im Krankenhaus wurde die Informantin von mehreren verschiedenen ÄrztInnen und Gesundheits- und KrankenpflegerInnen betreut (*Diskontinuität der BehandlerInnen*).

Diese Wechsel erlebte sie als problematisch, vor allem weil im Hinblick auf die post-operativen Behandlung der Wunde vieldeutige Empfehlungen ausgesprochen wurden. Der von der Informantin als lang erlebte Heilungsprozess dieser Wunde, löste in diesem Zusammenhang Zweifel an der Wirksamkeit und Richtigkeit der Behandlung aus (*Misserfolgswahrnehmung*).

Diese negativen Wahrnehmungen verstärkten sich durch Unstimmigkeiten auf der Beziehungsebene zum medizinischen Personal. Zum einen wurden sie durch das

Unverständnis der BehandlerInnen für die Ängste und Zweifel der Informantin verstärkt. Weiters klingt in ihren Erzählungen an, dass sie während des Behandlungsprozesses und auch darüber hinaus selbst gesundheitsbezogene Handlungen vornahm, die nicht in direktem Zusammenhang mit den (Be)handlungen der von ihr genutzten medizinischen Ressource standen (vgl. „informierte *Eigenbehandlung*“).<sup>22</sup> Hierbei schien eine als von der Informantin als missbilligend erlebte Haltung des medizinischen Personals in Bezug auf diese selbst durchgeführte gesundheitsbezogene Handlungen eine Rolle zu spielen (*Dissonanzen auf BehandlerInnen-Beziehungsebene*).

Die Informantin brach schliesslich die Behandlung aufgrund der gemachten Erfahrungen nicht vollständig zum Abschluss, sondern ließ letzte Termine zur Kontrolle des Heilungsverlaufes ihrer Beschwerden aus (*Behandlungsabbruch*).

An dieser Stelle sei auf eine besprochene Interviewpassage aus dem Gespräch mit Informantin A verwiesen, in der ähnliche Erfahrungen mit Dissonanzen auf der BehandlerInnen-Beziehungsebene im Zusammenhang mit Non-Compliance thematisiert wurden.

Die Non-Compliance ist unter anderem auch als Ausgangspunkt für einen Ressourcenwechsel anzusehen. Wie oben angesprochen kann die Verunsicherung von NutzerInnen durch Misserfolgswahrnehmung dazu führen, AnbieterInnen zu wechseln, wobei dieser Wechsel sowohl innerhalb der genutzten medizinischen Ressource, als auch außerhalb dieser stattfinden kann. So können NutzerInnen z. B. von biomedizinischer Behandlung zu einer Behandlung mit TCM wechseln, jedoch auch zu einem anderen biomedizinischen Anbieter wechseln.

Als Erleben von Unzufriedenheit mit den jeweiligen Behandlungen scheint das als „Misserfolgswahrnehmung“ konzipiertes Erleben das wesentliche Moment dieses Phänomens zu sein.

---

<sup>22</sup> In diesem Sinne ist die informierte Eigenbehandlung als Ausdrucksform der „verunsicherten Non-Compliance“ zu bewerten.

## Exkurs: Kontexte der Nutzung von Biomedizin

An dieser Stelle sei folgendes Ergebnis dieser Arbeit vorgestellt. In den Gesprächen mit den InformantInnen wurde unter anderem danach gefragt, welche verschiedenen medizinischen Ressourcen sie nutzten und welche nicht, und in welchen Kontexten sie dies taten bzw. nicht taten. Dadurch sollten scheinbare Widersprüchlichkeiten im Verhalten der NutzerInnen aufgedeckt und diesen im Gespräch zur Reflexion zur Verfügung gestellt werden. Das Ziel war das Sichtbarmachen der Perspektive der NutzerInnen auf ihr gesundheitsbezogenes Handeln.

Besonderes Interesse galt auch der Art der Nutzung von Biomedizin. Es wurde danach gefragt in welchen Kontexten diese genutzt wurde, ob sie z.B. von den InformantInnen gar nicht in Betracht gezogen wurde, oder nur für bestimmte Beschwerden bzw. Arten von Behandlungen. Insgesamt achtunddreißig InformantInnen gaben auf diese Fragen Auskünfte. Die folgende Tabelle (Nr. 4) stellt die aus diesen gewonnenen Ergebnisse dar.

Parallele Nutzung	31	81%
Nutzung für Notfälle/Vorsorge	6	13%
Keine Nutzung	1	6%
	n=38	100%

Tabelle 4: Art der Nutzung von Biomedizin (n=38)

In der Analyse wurden „Parallele Nutzung“, „Nutzung für Notfälle bzw. Vorsorge“ und „Keine Nutzung“ als Antwortkategorien etabliert. Diese waren zum Zeitpunkt der Befragung nicht vorgegeben, sondern wurden im Sinne der Grounded Theory aus den Daten selbst gebildet.

Die Mehrheit der InformantInnen, über 80% der zu dieser Thematik befragten NutzerInnen, nutzen die Biomedizin als medizinische Ressource nicht ausschließlich für Vorsorgeuntersuchungen oder Notfälle, sondern parallel zu den anderen von ihnen genutzten Ressourcen.

Nur eine Person nutzte die Biomedizin gar nicht, sie brachte auch Misstrauen gegenüber BiomedizinerInnen, deren Kompetenz und deren Methoden zur Sprache (IG). Die Informantin brachte ihre Haltung gegenüber der Biomedizin mit dem Ausspruch: „Sie bringen mich zu keinem Arzt“ zur Geltung. Auch auf Anraten der behandelnden TCM-Anbieterin war die Nutzerin nicht interessiert, biomedizinische Angebote anzunehmen.

Nur 13% der befragten NutzerInnen nutzten die Biomedizin ausschließlich als Ressource für den Notfall oder ausschließlich für Vorsorgezwecke. Einige der NutzerInnen betonten auch die Wichtigkeit dieser Art der biomedizinischen Ressourcennutzung für ihr persönliches Gesundbleiben, auch wenn sie nicht unbedingt mit der Biomedizin als solches positive Erfahrungen gemacht hatten (IGs). Was hier anklingt, nämlich das Differenzieren zwischen den Beschwerden auf der einen Seite und den medizinischen Optionen einer medizinischen Ressource auf der anderen, dieses Phänomen wird an späterer Stelle ausführlich im folgenden Kapitel 5.3.2.2. zur Differenzierung medizinischer Möglichkeiten/Ressourcen besprochen werden.

### **5.3.2.2. Differenzierung medizinischer Ressourcen**

Das Phänomen, welches unter der Bezeichnung „Differenzierung medizinischer Ressourcen“ geordnet wird, bezieht sich auf Aspekte der Erfahrung mit verschiedenen Beschwerden und verschiedenen Behandlungsmethoden. Damit ist jener Handlungs- und Deutungsbereich angesprochen, welche sich mit der Beziehung zwischen Beschwerden, medizinischen Ressourcen und den diesbezüglichen Erfahrungen beschäftigt.

## **Doppelte Differenzierung**

Die zentrale Thematik, welche die Kategorie kennzeichnet, ist jene der „doppelten Differenzierung“.

Zum einen werden von den NutzerInnen verschiedene Beschwerden differenziert, wobei hier bestehende Erfahrungen mit Beschwerden eine wesentliche Rolle spielen. Diese Beschwerden-Differenzierung steht auch mit einer der anderen Hauptkategorien, mit dem Phänomen der „gelebten Ganzheitlichkeit“ in Beziehung, worauf an späterer Stelle näher eingegangen wird.

Zum anderen werden verschiedene medizinische Ressourcen hinsichtlich deren medizinischer Möglichkeiten differenziert. Auch diese Ressourcen-Differenzierung ist in Verbindung mit dem Phänomen „gelebter Ganzheitlichkeit“ zu sehen.

## **Differenzierung von Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten**

Die Ebenen auf denen diese Differenzierungen stattfinden lassen sich folgendermaßen beschreiben.

Einerseits findet sie auf der Ebene von Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten statt. Die NutzerInnen unterscheiden dezidiert zwischen den Komponenten der Diagnose und Behandlung, sie entkoppelten diese beiden voneinander. So setzten sie beispielsweise biomedizinische Diagnosemöglichkeiten mit Behandlungsmethoden von CAM in Beziehung.

Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen in diesem Zusammenhang die strukturellen Rahmenbedingungen (vgl. Kapitel 4) unter denen CAM-Behandlungen in Wien praktiziert werden. Das biomedizinische Heilungsmonopol führt dazu, dass CAM-AnbieterInnen in den meisten Fällen auch eine biomedizinische Ausbildung vorzuweisen haben.

Eine Aussage von Informantin A (I1) weist auf diese Vernetzung hin.

Nutzerin: oder .. amal ein Blutbild machen zu lassen weil ich ja doch .. Alternativ-Ärzte hab die haben wollen, dass ich dann doch mal einen Befund vorbei bring das sind ja eben keine Quacksalber die da irgendwie mit Röntgenblick in den Körper hinein (lacht) also die wollen schon klare .. also find ich für .. für Befunde .. so

schulmedizinische Ärzte ganz gut eben Blutbild vielleicht amal Röntgenbild damit  
ma weiß was los ist halt eben einen Lungenfunktionstest oder ..

(Auszug aus: Interview I1 mit Informantin A)

Die Informantin erzählt vom Einsatz biomedizinischer Ressourcen durch ihre CAM-AnbieterInnen, denen sie auch die diesbezügliche kombinatorische Kompetenz zuspricht.

### **Differenzierung des Heilungspotentials**

Eine weitere Ebene der doppelten Differenzierung steht mit dem Heilungspotential in Beziehung, welches verschiedene Beschwerden kennzeichnet.

So werden in Zusammenhang mit verschiedenen Beschwerden verschiedenen medizinischen Ressourcen unterschiedliche Heilungspotentiale zugeschrieben. Mit dem von den NutzerInnen durchgehend thematisierten Aspekt der Selbstheilung kommt ein weiteres Potential hinzu. Nahezu alle InformantInnen sprachen dieses Selbstheilungs-Potential an, dem eine wesentliche Bedeutung zuzuweisen ist.

Im Kapitel zur „gelebten Ganzheitlichkeit“ wird ausführlich auf diese Thematik eingegangen.

Das Herstellen der Verbindung zwischen verschiedenen Beschwerden und verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten lässt an die Fokussierung auf „emische Konzepte“ denken, welche einen großen Teil der Gesundheitsverhaltens-Forschung nachhaltig beeinflusste (vgl. Kapitel 3). Das „Emische“ meint hier die Konzeption von Beschwerden und die daraus resultierende Zuordnung zu verschiedenen Diagnose- und Behandlungsmethoden durch die NutzerInnen.

## Kompetenzorientiertes Vertrauen

Ein wichtiger Aspekt der „Differenzierung medizinischer Ressourcen“ ist auf die AnbieterInnen dieser Ressourcen bezogen. Die Kategorie des „kompetenzorientierten Vertrauens“ macht diesen Aspekt analytisch fassbar. Die nachstehende Abbildung (Nr. 15) stellt die diesbezüglichen Zusammenhänge graphisch dar.

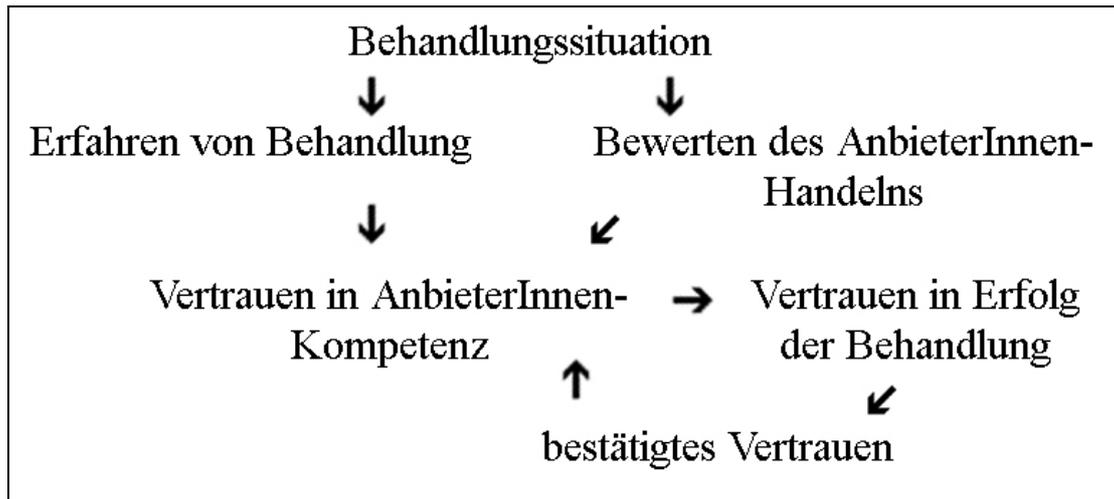


Abbildung 15: Kompetenzorientiertes Vertrauen

Wie aus Abbildung 15 ersichtlich, handelt es sich bei dem Phänomen des „kompetenzorientierten Vertrauens“ um einen kontinuierlichen Prozess. Die NutzerInnen entwickeln durch das Erleben der jeweiligen Behandlungen Vertrauen in die Kompetenz der AnbieterInnen. Dabei beziehen sie sowohl das konkrete Erfahren in der Behandlungssituation (*Erfahren von Behandlung*), als auch ihre Einschätzung und Bewertung des Handelns der AnbieterInnen mit ein (*Bewerten des AnbieterInnen-Handelns*).

Das von den NutzerInnen entwickelte Vertrauen in die Kompetenz der AnbieterInnen führt in weiterer Folge zur Entwicklung von Vertrauen in den Erfolg der jeweiligen Behandlung (*Vertrauen in Erfolg*).

Im weiteren Verlauf der Behandlung wird kann dieses Vertrauen entweder bestätigt werden oder nicht (*bestätigtes Vertrauen*). Falls es bestätigt wird, verstärkt es das Vertrauen in die AnbieterInnen-Kompetenz. Im Falle eines enttäuschten Vertrauens zeigen die NutzerInnen ein Verhalten das in einem vorangegangenen Abschnitt als

„verunsicherte Non-Compliance“ kategorisiert und dargestellt wurde. In letzter Konsequenz führen sie einen AnbieterInnen-Wechsel durch.

### **Bewertung der Behandlungssituation und wahrgenommene Zugänge der AnbieterInnen**

Bei der Entwicklung des Vertrauens in die AnbieterInnenkompetenz sind verschiedene Aspekte wesentlich für die NutzerInnen. Dies sind wie zuvor angesprochen die wahrgenommenen Zugänge der AnbieterInnen zur jeweiligen medizinischen Ressourcen und die Bewertung der Behandlungssituation.

Hinsichtlich des ersten Aspektes der AnbieterInnen-Zugänge thematisierten die InformantInnen ein Phänomen, das unter der Bezeichnung „der wirkungsvoll-geöffnete Zugang“ kategorisiert wurde. Hierunter ist eine Zugang zu einer jeweiligen medizinischen Ressource zu verstehen, der von Wissen um die jeweiligen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, von der Erfahrung mit dem Einsatz dieser Möglichkeiten und Verständnis für die jeweiligen Welt- und Menschenbilder geprägt ist.

Das Anwenden der verschiedenen Möglichkeiten einer medizinischen Ressource wird als wirkungsvoll wahrgenommen, wenn die AnbieterInnen sich im Spannungsfeld von Wissen, Erfahrung und Verständnis kompetent verhalten.

„Geöffneter Zugang“ meint dabei die Auseinandersetzung mit den kosmologischen Elementen der jeweiligen medizinischen Ressource, das Wissen um deren Hintergründe.

Dieser „wirkungsvoll-geöffnete Zugang“ ist auch mit der Hauptkategorie „gelebte Ganzheitlichkeit“ in Verbindung zu sehen. Diese Verbindung wird im diesbezüglichen nachfolgenden Kapitel näher besprochen.

## **Zeit als wesentlicher Aspekt von Behandlung**

Der zweite Aspekt der Bewertung der Behandlungssituation beinhaltet zwei wesentliche Elemente. Zum einen ist das zeitliche Element für die NutzerInnen wesentlich.

Die NutzerInnen schreiben dem Faktor Zeit eine wichtige Bedeutung im Behandlungsverlauf zu. Dabei spielt das Erleben einer als ausreichend wahrgenommenen Zeitspanne eine wesentliche Rolle. Nicht alle InformantInnen drückten ihren Wunsch nach lang dauernden Interaktionen mit den jeweiligen AnbieterInnen bzw. nach lang dauernden Behandlungssitzungen aus. Sie betonten jedoch zum überwiegenden Teil die Problematik der als zu kurz wahrgenommenen Behandlungssituation.

## **Ganzheitliches Betreuen**

Weiters ist für die NutzerInnen eine Art der Behandlung von Bedeutung, welche als „ganzheitliches Betreuen“ kategorisiert wurde. „Ganzheitlichkeit“ meint in diesem Zusammenhang die Berücksichtigung vieler Ebenen der menschlichen Erfahrung im Hinblick auf verschiedene Beschwerden. Die InformantInnen drückten die Notwendigkeit aus, von den AnbieterInnen als Individuen in ihrem vielfältigen Erleben wahrgenommen werden. Die Thematik des dualistischen Menschenbildes, auf welche zu späterer Stelle näher eingegangen wird (vgl. Kapitel zu „gelebter Ganzheitlichkeit“), spielt eine wesentlich Rolle.

Die NutzerInnen fordern dieses „ganzheitliche Betreuen“ auch auf einer weiteren Ebene ein. Diese bezieht sich auf den Bereich von Symptom-Ursache. „Ganzheitlichkeit“ bedeutet in diesem Sinne die Auseinandersetzung sowohl mit Symptomen von Beschwerden, als auch mit deren Ursachen.

Eine Gesprächspassage aus dem Interview I3 mit Informantin C sei an dieser Stelle wiedergegeben. Die Informantin kontrastiert den von ihr wahrgenommenen

Unterschied zwischen Biomedizin und TCM im Hinblick auf Symptome bzw. Ursachen von Beschwerden.

Nutzerin: Weil (..) weil in der Schulmedizin ist es ja doch so dass einfach mal das Symptom behandelt wird, das heißt wenn ich Schnupfen hab dann oder wenn ich Kopfweh dann hab, dann geben's mir was gegen's Kopfweh aber es wird nicht hinterfragt woher das Kopfweh kommt. (..) Und das ist das was mir bei der chinesischen Medizin so taugt und ich glaub das is warum's so gut tut, wenn's richtig gemacht wird dass es .. darum geht, das alles wieder ins Lot kommt dass einfach dass es fließt und dass die Blockade aufgehoben wird. Und es ist ja dann wurscht wo die Blockade sitzt wenn sich's woanders auswirkt, es kann ja ganz woanders herkommen.

(Auszug aus: Interview I3 mit Informantin C)

Auch wenn die Informantin in ihren Ausführungen der Biomedizin eine Beschränkung auf Symptome von Beschwerden attestiert, gilt diese Einschätzung nicht im Allgemeinen für die NutzerInnen. Auch die Biomedizin kann als Ursachenorientiert wahrgenommen werden und in diesem Sinne den NutzerInnen eine „ganzheitliche Betreuung“ bieten. Das wesentliche Moment scheint das Erleben der NutzerInnen zu sein.

### **Skeptische NutzerInnen – das zögerliche Vertrauen**

Das Vertrauen, welches die NutzerInnen in die AnbieterInnen verschiedener medizinischer Ressourcen setzen, ist von wesentlicher Bedeutung für die „Differenzierung medizinischer Ressourcen“. Bei dem Zugestehen dieses Vertrauens spielen die zuvor angesprochenen von den NutzerInnen wahrgenommenen und bewerteten Zugänge der AnbieterInnen zu Gesundheit und Krankheit, deren Welt- und Menschenbilder eine wichtige Rolle.

Die NutzerInnen scheinen dieses „kompetenzorientierte Vertrauen“ nicht leichtfertig zuzugestehen. Eine Vielzahl an InformantInnen betonte ihre Skepsis bezüglich der Kompetenzen von CAM-Therapeuten. Ebenso zweifelten sie an den Kompetenzen

von BiomedizinerInnen. Dabei trafen die NutzerInnen wesentliche Unterscheidungen. Sie thematisierten zum einen grundlegende Defizite der Behandlungssituation, welche auf strukturelle Rahmenbedingungen zurückzuführen seien, wie z.B. fehlende Zeit für Diagnose und Behandlung, fehlende finanzielle Ressourcen. Von diesem Defizit sahen die InformantInnen vor allem die Biomedizin betroffen.

Dazu sei eine Passage aus dem Gespräch mit Informantin C (I3) wiedergeben, die sich mit dieser Thematik befasst.

Nutzerin: Und das das kenn dass sich jemand so viel Zeit nimmt einfach auch, das gibt's ja .. in der westlichen Medizin nicht auch wennst im Spital bist und dort drei Tage bist oder vier Wochen völlig wurscht .. ahm du hast nie wer viel Zeit weil die Visite geht durch bist nach zwei Minuten abgehakt und .. und auch sonst es ist so .. alles so gehetzt und ich mein es ist auch irgendwie logisch weil's so viele Leute zu betreuen sind das ist eh klar ... trotzdem.

(Auszug aus: Interview I3 mit Informantin C)

Die Problematisierung der strukturellen Rahmenbedingungen, welche die Informantin in dieser Passage vornimmt, bezieht sich auf die Biomedizin. Dabei ist zu beachten, dass sie die Defizite nicht in den biomedizinischen AnbieterInnen verortet, sondern sie tatsächlich in der Struktur des Gesundheitswesens ansiedelt. Sie spricht dabei mangelnde zeitliche Ressourcen und mangelnde personelle Ressourcen an. Diese Defizite in der Behandlungssituation kontrastierte die Informantin mit der von ihr als entgegengesetzt erlebte Behandlungssituation in den von ihr genutzten CAM-Behandlungen.

Weiters sprachen die InformantInnen ein Defizit an, welches sie direkt in den AnbieterInnen medizinischer Ressourcen verorteten. Sie stellten die Kompetenz von BiomedizinerInnen in Frage, welche zugleich als CAM-AnbieterInnen tätig sind. Die als grundlegend unterschiedlich befundeten Zugänge der verschiedenen Behandlungsformen wurde als potentiell problematisch für deren wirkungsvolle Anwendung angesehen.

Wie Informantin C (I3) in einer Interviewpassage feststellt, kann der Zugang der AnbieterInnen zu einer medizinischen Methode als wesentlich für deren Wirksamkeit wahrgenommen werden. Die betreffende Stelle sie hier wiedergeben.

Nutzerin: (..) Und das ... und .. das is eben glaub ich auch das Problem bei westlichen Mediziner, die dann .. ja trotzdem wieder nur versuchen das Symptom zu behandeln .. und nicht hinterfragen. Das (Pause) Ja.

Interviewerin: Und du bist eher skeptisch dem gegenüber dass es .. in in Österreich ich glaub wir sind eh eins der am striktesten geregelten Länder in der Beziehung, dass das nur Ärzte machen dürfen weil .. weil hier die Ausbildung nicht so gut ist wie in China natürlich meinst du oder auch wo anders?

N: Ja und ich glaub weil auch der der Zugang ist ein ganz ein anderer.

I: Meinst du von chinesisch geborenen Leuten oder in China gelernten?

N: Ich glaub schon, wenn du ich glaub das is auch ein ein gewisses Manko natürlich mit Offenheit zu tun hat weil natürlich kann wenn ein westlicher Mediziner ein Österreicher jetzt diese Ausbildung macht .. dann kann er das natürlich dann lernt er alles aber wenn er das nicht ganz die ganze Denkweise übernimmt .. sondern trotzdem dann wieder wie .. wie halt nach europäischer Manier .. ahm handelt, dann .. dann wird der Erfolg glaub ich auch nicht .. so erzielt.

I: Mhm.

N: Ist das .. verständlich was ich mein?

I: Ungefähr, ja. Dass das dann nur so eine halbe Sache ist, meinst du?

N: Ja. Weil wenn die das nicht wirklich glauben ich weiß bei dem Bekannten den wir ham in der Familie der is eben .. westlicher total westlicher Schulmediziner .. der wenn der Nadeln setzen würd dann glaub ich nicht dass es was bringen würd weil der nicht davon überzeugt ist, weil er das irgendwie machen würd.

I: aber er hat .. eine Ausbildung?

N: Nein, er hat sie nicht, aber wenn er es

I: wenn er es machen würde

(Auszug aus: Interview I3 mit Informantin C)

Die Informantin beschreibt ihre Skepsis bezüglich der Kompetenz von CAM-AnbieterInnen mit biomedizinischem Ausbildungshintergrund. Am Beispiel eines Biomediziners aus ihrem persönlichen Umfeld verdeutlicht sie die für die Wirksamkeit als bedeutsam wahrgenommene Kenntnis und Auseinandersetzung mit den jeweiligen Welt- und Menschenbildern einer medizinischen Ressource. Dem bekannten Biomediziner, den sie als „total westlichen Schulmediziner“ charakterisiert, bräuchte die Informantin kaum Vertrauen entgegen.

Diese Aussagen der Informantin machen die oben beschriebene Beziehung deutlich, welche die NutzerInnen zwischen dem bestimmten Heilungspotential einer medizinischen Ressource und den von ihnen zugeschriebenen Kompetenzen der AnbieterInnen dieser Ressource herstellen. Die AnbieterInnen-Kompetenz wird nicht (nur) in der Qualität und Quantität einer Ausbildung bzw. Fortbildung angesiedelt, sondern wird ebenso im individuell-persönlichen Bereich des jeweiligen Anbieters verortet. Dessen Welt- und Menschenbild scheint hier ebenso eine Rolle zu spielen, wie das jeweilig von den NutzerInnen wahrgenommene und bewertete Selbstverständnis als Heilender.

### **Wirksamkeit von Ressourcen**

Die Thematik der Wirksamkeit von Ressourcen ist für die NutzerInnen von wesentlicher Bedeutung. Zwei wesentliche Aspekte scheinen hierbei wichtig. Zum einen sprechen die NutzerInnen die Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit des Behandlungserfolges an. Weiters scheint ein Phänomen wesentlich, welches unter der Bezeichnung „Wirkung erleben“ kategorisiert wurde.

### **Dauerhafte Heilung**

Der Erfolg verschiedener medizinischer Ressourcen wird von den NutzerInnen unter anderem auch an der Langfristigkeit und der Dauerhaftigkeit gemessen. Sie fordern in diesem Sinne eine Intervention von den AnbieterInnen ein, welche in diesem Sinne

wirksam ist. Die NutzerInnen streben nach Veränderungen, deren (Aus)wirkungen ihnen als positiv wahrgenommenes verändertes Erleben bestehen bleiben.

Dieser Wunsch nach Langfristigkeit und Dauerhaftigkeit ist auch in Verbindung mit dem Wunsch nach „ganzheitlicher Betreuung“ zu sehen, welche an späterer Stelle besprochen wird.

### **Wirkung erleben**

Ein Phänomen, das unter der Begrifflichkeit „Wirkung erleben“ fassbar gemacht wurde, spielt ebenfalls eine Rolle. Hierbei geht es um das Erfahren von Behandlung und das gleichzeitige Erfahren von positiv wahrgenommener Veränderung.

Auch wenn die Thematik des „Glaubens an Wirksamkeit“ auch eine gewisse Rolle spielt<sup>23</sup>, geht es beim „Erleben von Wirkung“, um das direkte Erleben, weniger um bestimmte Haltungen, Meinungen und Überzeugungen. Der Glaube an etwas spielt sich nicht auf der Ebene des Erlebens ab, welche jedoch für die NutzerInnen wesentlich scheint.

Wenn die NutzerInnen „Wirkung erleben“, dann ist dieses Erleben vom Erfahren von positiv wahrgenommener Veränderung geprägt. Ein Auszug aus dem Gespräch mit Informantin D macht deutlich, auf welche Weise Wirkung von den NutzerInnen erlebt werden kann. Sie beschreibt darin, wie sie ihre erste TCM-Behandlung mit Akupunkturnadeln erfuhr.

Nutzerin: und äh .. ja war .. wahnsinnig angenehm bin eigentlich ein Typ äh ... der sich .. ganz, ganz schwer entspannen kann ich bin so ein kopflastiger Mensch .. ich find eigentlich nie Ruhe ich hab eigentlich vierundzwanzig Stunden auch im Schlaf ich bin wirklich also ich renn eigentlich die ganze Zeit und dort dann war's wirklich so .. dass ich .. dass ich mir echt gedacht hab .. jemand hat nen Schalter umgelegt es ist wirklich alles ja, ja wie .. wie .. so einfach umgelegt da kann ich jetzt gar nichts mehr machen auch wenn ich aufspringen wollen würde .. ich würd's nicht können es war wirklich es war wirklich weg ja äh .. die ganze Energie raus das hat mir so gut getan ich hab ich war echt total weg .. und ich hab mich total entspannt und äh .. ja

---

<sup>23</sup> Dies wurde von den InformantInnen in den Gesprächen immer wieder erwähnt.

und da hab ich mir gedacht ja es war jetzt absolut goldrichtig also es war .. das hat's absolut gebracht

(Auszug aus: Interview I4 mit Informantin D)

Die Informantin beschreibt die Wirkung, welche die Behandlung mit Akupunkturnadeln auf sie hatte. Das wesentliche Element ihrer Beschreibung ist das Erfahrung von als positiv wahrgenommene Veränderung. Diese positiv wahrgenommene Veränderung macht wie oben besprochen die von den NutzerInnen „erlebte Wirkung“ einer medizinischen Ressource aus.

### **Erfolgserfahrungen mit Ressourcen**

Für die „Differenzierung medizinischer Ressourcen“ sind auch die jeweiligen Erfahrungen mit verschiedenen Ressourcen von Bedeutung. Dabei haben sowohl eigene Erfahrungen, als auch Erfahrungen des sozialen Umfeldes Einfluss auf das Verhalten von NutzerInnen.

Entscheidende Bedeutung für die Entscheidungsprozesse, welche im Rahmen der „Differenzierung medizinischer Ressourcen“ stattfinden, haben die „Erfolgserfahrungen mit Ressourcen“. Ähnlich wie bei der Entwicklung von Vertrauen in die Kompetenzen der AnbieterInnen, verstärken solche Erfolgserfahrungen das Vertrauen in verschiedene Ressourcen.

Ein wesentlicher Aspekt bezieht sich jedoch auch auf die gesundheitsbezogenen Kompetenzen von NutzerInnen. Diese werden ebenfalls durch die Erfolgserfahrung mit verschiedenen Ressourcen gestärkt. Eine Passage aus dem Gespräch mit Informantin D zeigt dieses Wachsen von gesundheitsbezogener Kompetenz durch Erfahrung auf.

Nutzerin: Ja, es gibt schon ah .. es gibt halt jetzt schon .. was Vorsorgeuntersuchungen so angeht ahm .. das ist schon notwendig obwohl ich da auch immer nachlässig bin (lacht.) aber .. das ist einfach schon also und ich verlass mich jetzt nicht hundertprozentig und sag dann nehm ein bissl das Granulat und dann

ist überhaupt nie was oder so na, also dass äh .. weiß ich auch muss ich einfach selber mit sein aber äh ... im Grunde denk ich mir ma merkt eh selber .. ma merkt eh selber wann's dann wirklich äh .. ja .. wann ma was anderes braucht einfach .. ja

Interviewerin: Das heißt diese Fähigkeit die du jetzt erworben hast glaub ich dieses bewusst auf dich hören sagt dir dann sozusagen auch OK, da ist jetzt die TCM vielleicht nicht so gut, da sollt ich schauen da sollt ich einen Laborbefund machen lassen

N: Genau, mhm, das sowieso da verlass ich mich äh äh .. i mein es wird einem schon gesagt Lunge is in Ordnung Leber is in Ordnung eben durch Pulsdiagnose und so ähm .. oder Blut hat irgend was oder so ähm .. das wird einem schon, wird einem schon gesagt nur ... is es äh für mich is es zwar sehr .. ein großer wichtiger Teil aber es gibt einfach auch Sachen die anders die ma anders abklären muss und sollte und na das also ich gehör jetzt zu keinen die sagen nie wieder ein anderer Arzt egal was ich hab oder wo mir überall Pusteln wachsen oder irgend sowas aber ich geh trotzdem zu kam Hautarzt oder geh trotzdem zu keinem Internisten oder ich lass mir nie wieder Blut abnehmen ne, na, das .. das auf keinen Fall na (...)einfach .. ich merk ja wann's mir gut geht oder wann geht's mir körperlich nicht gut und wann geht's mir psychisch nicht gut und das kann ich alles gut trennen jetzt also ich kann sagen also heut bin ich irgendwie hhhhh also total .. matt ich bin bissl verkühlt wahrscheinlich hat's irgendwo zogen oder so .. keine Ahnung oder ich bin wahnsinnig gestresst und mein Kopf macht da jetzt einfach mal schlapp also ... das .. kann ich schon unterscheiden und ja ..

I: Und dann entscheiden was du dann machst

N: Genau .. genau .. genau und das ja und äh .. is natürlich ... hab eben selber auch ein paar Skills mir [beigebracht]

(Auszug aus: Interview I4 mit Informantin D)

Die Informantin beschreibt hier erworbene Fähigkeiten, die ihre gesundheitsbezogene Kompetenz im Hinblick auf die Differenzierung von Ressourcen ausmachen. Sie erwähnt dabei zum einen den Entscheidungsprozess für oder wider eine Ressourcen-Intervention (vgl. Selbstheilungspotential) und zum anderen den Entscheidungsprozess für oder wider verschiedene Ressourcen.

Erfolgs­erfahrungen mit Ressourcen haben auch eine potentiell transformierende Wirkung auf die NutzerInnen. Verschiedene Vorurteile, Unsicherheiten bzw. Ängste können durch sie verändert werden.

Ein diesbezügliches Beispiel sei an dieser Stelle besprochen. Einige InformantInnen hatte vor bzw. zu Beginn der Behandlung mit TCM eine negative Einstellung zum Einsatz von Akupunktur­nadeln. Manche sprachen auch von Angstgefühlen und großen Unwohlsein bei der Vorstellung, Nadeln in die Haut gestochen zu bekommen. Nach der ersten Nadelakupunktur waren diese negativen Einstellungen und unangenehmen Empfindungen der InformantInnen jedoch verändert. Die Erfahrung der Wirkung der Nadelakupunktur führte zu einer Relativierung, da diese als positiv wahrgenommen wurde.

Auch wenn dies nicht bei allen NutzerInnen der Fall sein muss, bleibt jedoch das Potential bestehen, dass die Erfahrung von verschiedenen Behandlungsmethoden von Ressourcen transformierend auf Einstellungen und Vorstellungen wirken kann.

### **Auseinandersetzung mit Welt- und Menschenbildern**

Die „Differenzierung medizinischer Ressourcen“ ist unter anderem von einer Auseinandersetzung mit den verschiedenen Welt- und Menschenbildern unterschiedlicher medizinischer Ressourcen geprägt. Diese werden von den NutzerInnen in Beziehung zu den jeweiligen Erfahrungen mit Beschwerden gesetzt. So öffnen diese den Raum für eine sinnhafte Entscheidung für bzw. gegen eine und bzw. oder mehrere medizinische Ressourcen.

Die NutzerInnen setzen sich unter anderem damit auseinander, welches Wirkpotential verschiedene Ressourcen innehaben. Dabei spielt eine Rolle, wie NutzerInnen die Ressourcen auf folgende Thematiken hin wahrnehmen und bewerten.

Das Welt- und Menschenbild der Ressourcen ist für die NutzerInnen im Hinblick auf verschiedene Beschwerden wesentlich. Wie der Mensch und seine Umwelt konzipiert und verstanden werden steht in direktem Zusammenhang mit diesen. Die NutzerInnen setzten sich damit auseinander wie aus dem diesbezüglichen Verständnis heraus von verschiedenen medizinischen Ressourcen Beschwerden klassifiziert werden. Die NutzerInnen scheinen abzuwägen, ob sich ihre jeweiligen Beschwerden von

verschiedenen Diagnosemethoden verschiedener Ressourcen erfassen lassen bzw. nicht erfassen lassen.

Ein ähnlicher Prozess scheint hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten stattzufinden. Auch hier setzten sich NutzerInnen damit auseinander inwieweit verschiedene Ressourcen das Potential zur Behandlung der jeweiligen Beschwerden innehaben bzw. nicht innehaben. Die Konzeption bzw. Klassifizierung verschiedener Beschwerden ermöglicht so bestimmte Behandlungsmöglichkeiten bzw. schließt bestimmte Behandlungsmöglichkeiten aus.

Diese Auseinandersetzung mit dem Wirkpotential medizinischer Ressourcen findet sowohl auf direkte, als auch auf indirekte Art und Weise statt. Hierbei ist zu beachten, dass NutzerInnen sowohl nur direkt bzw. indirekt, als auch in Anwendung beider Arten eine Beschäftigung mit dem Wirkpotential vollziehen.

Direkte Auseinandersetzung findet über die Ebene von Wissen, Information und Austausch statt (vgl. „informierte Eigenbehandlung“). Die Lektüre von Büchern, die Recherche im Internet und das Erfragen von Erfahrungen des Umfeldes sind hier als Beispiele zu nennen. Die InformantInnen nannten jeder dieser Möglichkeiten in den Gesprächen.

Die indirekte Auseinandersetzung findet auf der Ebene der Erfahrung statt (vgl. „Erfolgserfahrungen mit Ressourcen“). Dabei spielen sowohl die Erfahrung in der Interaktion mit den AnbieterInnen, als auch die Erfahrung in der Behandlungssituation eine Rolle. Das Erleben von Verständnis bzw. Unverständnis der jeweiligen Beschwerden durch die AnbieterInnen ist hier Grundlage des Differenzierungsprozesses der NutzerInnen. In der Behandlungssituation selbst liegt diese Grundlage in dem Erleben von Wirkung bzw. dem Ausbleiben eines solchen Erlebens (vgl. „Wirkung erleben“).

Die so gemachten Erfahrungen haben auch das Potential die (meist zuvor) getätigte direkte Auseinandersetzung mit verschiedenen Ressourcen zu beeinflussen.

Wesentlich scheint hier ein Zugang zu sein, der sich als „kosmologisches Verständnis von Zusammenhängen“ kategorisieren lässt. Darunter sind „ganzheitlich“ geprägte Vorstellungen und Erfahrungen der „Ganzheitlichkeit“ zu verstehen (vgl. „gelebte Ganzheitlichkeit“).

Diese Vorstellungen und Erfahrungen erlauben eine diesbezügliche Bewertung gesundheitsbezogenen Geschehens (Beschwerden, Diagnosen, Behandlungen). So tragen sie zu einer Differenzierung von medizinischen Ressourcen bei, welche die Ebene (scheinbarer) Widersprüchlichkeit transzendiert. Die NutzerInnen nehmen (teilweise gleichzeitig) verschiedene medizinische Ressourcen in Anspruch, deren Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sich scheinbar widersprechen. Durch das Phänomen des „kosmologischen Verständnisses von Zusammenhängen“ löst sich dieser Widerspruch in der konkreten Beschwerdesituation der NutzerInnen potentiell auf.

Das wesentliche Moment scheint das jeweilige Abwägen zu sein, das kontinuierliche Bewerten und Einordnen von Ressourcen in verschiedene Zusammenhänge. Eine oftmals multi-methodische Behandlungssituation, in der einander scheinbar unvereinbare Welt- und Menschenbilder gegenüberstehen, wird in diesem Sinne von den NutzerInnen nicht per se als paradox erlebt.

Für die Nutzung verschiedener zur Verfügung stehender medizinischer Angebote in einem spezifisch strukturierten medizinpluralistischen Kontext scheint eine derartige Ressourcen-Orientierung wesentlich.

### **Integratives Potential von Ressourcen**

Wie oben angesprochen nehmen NutzerInnen teilweise mehrere verschiedene Ressourcen in Anspruch. Die daraus potentiell resultierenden widersprüchlichen Erfahrungen werden von den NutzerInnen nicht als solche erlebt. Der Fokus liegt auf dem integrativen Potential medizinischer Ressourcen. Dieses integrative Handlungspotential medizinischer Ressourcen aus der Perspektive der NutzerInnen wird im folgenden besprochen.

### **Grundlegende Unterschiede des Zuganges**

Für die NutzerInnen sind in der Wahrnehmung des integratives Handlungspotential medizinischer Ressourcen verschiedene Aspekte von Bedeutung. Neben der bereits besprochenen Auseinandersetzung mit Welt- und Menschenbilder der jeweiligen

Ressourcen haben auch die Beschäftigung mit den Unterschiedlichkeiten dieser Ressourcen Bedeutung. Ebenso wesentlich für die Bewertung des integrativen Potentials sind die Erfolgserfahrungen mit Ressourcen, sowohl für die einzelnen Ressourcen, als auch für die Kombination verschiedener Ressourcen.

Die verschiedenen Zugänge zu Beschwerden werden von den NutzerInnen in den jeweiligen Welt- und Menschenbildern der verschiedenen Ressourcen verortet. Dabei wird die Rationalität der genutzten Zugänge betont. Vor allem CAM-Ressourcen stellen für die NutzerInnen keineswegs irrationale Diagnose- bzw. Behandlungsmethoden dar. Alle dazu befragten InformantInnen betonten dies, auch wenn sie teilweise die genauen Methoden der von ihnen genutzten Ressourcen nicht genau darstellen bzw. erklären konnten.

Eine Aussage von Informantin A sei an dieser Stelle wiedergegeben.

Nutzerin: Und ich find eigentlich auch .. die ganze Philosophie dahinter .. bei der chinesischen Medizin eben mit diesen .. mit der Kaltwirkung, mit der Warm mit der heißen Wirkung von wegen .. es ist halt einfach ein anderer Zugang, aber es meint ja dasselbe wie unsere Medizin in Wahrheit. (..) Nur ma geht halt irgendwie vom Gesamtorganismus aus .. und schaut das dann .. ma geht nicht, es hat nicht so (Pause) ein Detail, eine Detailbehandlung, so eine Symptombekämpfung ... also es geht eigentlich darum, dass der ganze Körper .. nicht im Gleichgewicht ist wenn ma .. eine Krankheit hat, also Migräne hat oder dann halt schon irgendwie Krebs. Und .. das sind einfach Zugangsunterschiede, aber die sind logisch.

(Auszug aus: Interview I1 mit Informantin A)

Die Informantin erzählt in diesem Interview-Auszug von den wahrgenommenen Unterschieden zwischen TCM und Biomedizin. Dabei betont sie die Rationalität beider Zugänge zu verschiedenen Beschwerden. Wenn sie davon spricht, dass beide medizinische Ressourcen „dasselbe meinen“, dann eröffnet sich so auch Raum für eine potentielle Integration dieser in einem Behandlungsszenario.

Die NutzerInnen kombinieren verschiedene Ressourcen auch im Hinblick auf Diagnose- und Behandlungsmethoden. Dabei stehen ihnen vielfältige Möglichkeiten der Kombination offen. Beispielsweise nutzen sie Diagnosemethoden der Biomedizin,

wenden sich jedoch für die Behandlung an TCM-AnbieterInnen. Dieses kombinatorische Verhalten ist dann als integrativ zu bewerten, wenn die Kombination nicht mit einem AnbieterInnen-Wechsel einher geht, der aus negativen Erfahrungen der NutzerInnen herrührt. Wenn eine Nutzerin z.B. nach einer in Anspruch genommenen biomedizinischen Diagnostik unzufrieden mit deren Ergebnissen ist und in weiterer Folge einen CAM-Anbieter konsultiert, so ist dieses Handeln zu unterscheiden von einem Nutzer, der eine biomedizinische Diagnostik heranzieht und deren Ergebnisse seiner CAM-Anbieterin für die weitere Behandlung bei dieser zur Verfügung stellt.

### **Erfolgswahrnehmung von multi-methodischer Behandlung**

Die Erfolgserfahrungen, welche NutzerInnen mit verschiedenen Ressourcen machen, sind auch auf Ebene der multi-methodischen Behandlungen vorhanden. Bereits gemachte Erfolgserfahrungen auf dieser Ebene tragen zur positiven Einschätzung und Wahrnehmung des integrativen Potentials medizinischer Ressourcen bei. Jede als positiv erlebte diesbezügliche Erfahrung wirkt sich hier verstärkend und bestätigend aus. Gleichzeitig wirkt sie auch verstärkend und bestätigend auf die gesundheitsbezogenen Kompetenzen der NutzerInnen in diesem Bereich (vgl. „Erfolgserfahrungen mit Ressourcen“).

### **Exkurs: Hierarchisierung von Ressourcen**

Die Differenzierung medizinischer Ressourcen lässt sich auch in Anlehnung an das Modell einer „Hierarchy of Resort“ (Romanucci-Ross 1969; MacKian 2003; vgl. Kapitel 3) als „Hierarchisierung von Ressourcen“ konzeptualisieren. Dabei spielen verschiedene Perspektiven von denen aus Ressourcen betrachtet werden können eine Rolle.

## Veränderlichkeit der Abfolge von Ressourcen

Zu aller erst ist die Abfolge von Ressourcen im Hinblick auf den Behandlungsverlauf von verschiedenen Beschwerden als wesentlich anzusehen. Der Einsatz bestimmter Ressourcen zu bestimmten Zeitpunkten im Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf scheint nicht festgeschrieben zu sein, sondern beinhaltet enormes Veränderungspotential.

Verschiedene Erfahrungen mit medizinischen Ressourcen in Zusammenhang mit verschiedenen Beschwerden scheinen Einfluss auf die Abfolge dieser genutzten Ressourcen zu haben. Die folgende Passage aus dem Gespräch mit Informantin D (I4) macht diesen Einfluss deutlich.

Nutzerin: Ahm .. am Anfang war's so dass ich wirklich voll die Panik geschoben hab und mir gedacht hab so .. tsch .. ich muss zum Hausarzt (Pause) dann bin ich noch mehr Panik weil ich muss ja zum Hausarzt .. also zu einem Arzt .. waaah (lacht.) ja, es hilft halt dann nichts und hab ich meine Mitbewohnerin so .. ja was mach ich bin ich geschwollen .. schau mich an bin ich geschwollen bin ich sehr geschwollen es tut irre weh und Ohren weh und ich weiß nicht was sagt sie ja keine Ahnung wenn's so ja dann musst zum Hausarzt und so da .. ah ich mich mit meiner Therapeutin sehr sehr gut versteh hat sie gesagt du kannst mich jederzeit anrufen also wenn ma a keinen Termin haben dann äh .. kommst halt zu mir heim und wir quetschen da eine dazwischen oder so ähm .. kein Problem und ich hab halt wirklich angerufen Hallo Isabella ich hab total Ohrenweh und ich bin total krank und äh also hab ich sie dann angerufen und dann meinte sie zuerst wichtig Granulat absetzen die .. ah das Granulat das ich hab war äh .. oder ist dann eher so äh .. ah auf die äh .. weiß nicht wie ich sagen soll also ähm (Pause) es ist so eine lang anhaltende Wirkungszusammensetzung was man da und ah .. wenn ich das nehm und krank bin dann ah verlängert sich auch der Zustand die also ja absetzen ist eh kein Problem ist eh total schirch und grauslich (lacht.)

Interviewerin: (lacht.) Ja so schmecken die Granulate ich hab schon sehr viel von denen gehört

N: Ja und .. ähm .. ja also das hab ich dann eben abgesetzt und ähm .. dann .. einfach weiter geschaut und das hat sich dann eingependelt und mittlerweile ist es so .. wenn ich mir denk irgendwie bin ich verkühlt oder irgendwie geht's halt nicht gut oder mein Ohr dann wart ich einmal ab nehm einmal kein Granulat und es pendelt sich binnen Tagen einfach ... wieder ein also brauch ich gar nichts mehr machen (..)

(Auszug aus: Interview I4 mit Informantin D)

Die Aussage der Informantin macht klar, dass Erfahrungen mit neuen medizinischen Ressourcen ein Veränderungspotential bezüglich der Abfolge von Ressourcen innehaben.

Die von der Informantin beschriebene Beschwerdenepisode zeigt das veränderte Verhalten deutlich auf. Aus ihrer Sicht hätten die erfahrenen Beschwerden vor dem als erfolgreich wahrgenommenen Erleben der Behandlung mit TCM eine biomedizinische Intervention erfordert. Durch das Erleben der Behandlung mit TCM als wirksam und erfolgreich änderte sich diese Sichtweise. Die Beschwerden wurden von ihr dem unmittelbaren medizinischen Möglichkeitsbereich der TCM zugeordnet. Die Biomedizin, insbesondere die Allgemeinmedizin (der in der Interviewpassage angesprochene „Hausarzt“) wurden als erste Anlaufstelle von der TCM abgelöst.

Im Hinblick auf die oben angesprochene Differenzierung auf der Ebene der Beschwerden ist nochmals auf die Veränderlichkeit der Abfolge von Ressourcen hinzuweisen. Es handelt sich nicht um veränderte festgesetzte neue Handlungsrichtlinien, an denen sich NutzerInnen orientieren. Vielmehr zeigen NutzerInnen ein Verhalten, das durch eine kontinuierliche differenzierende Tätigkeit charakterisiert zu sein scheint, in der stets verschiedene Handlungsmöglichkeit offen stehen.

### **Veränderlichkeit der Formalität von Ressourcen**

Medizinische Ressourcen lassen sich im Sinne von Kleinman (1980) unter anderem auch hinsichtlich ihrer Formalität unterscheiden (vgl. Kapitel 3). Auch eine in Wien überwiegend formelle Ressource wie die Biomedizin kann in dieser Weise eine informelle Ressource darstellen.

Dies lässt sich anhand einer Passage aus dem Gespräch mit Informantin C (I3) verdeutlichen, welche an dieser Stelle wieder gegeben sei.

Nutzerin: Mhm, ich mein wir ham einen .. einen Arzt in der im Bekanntenkreis, also zu dem .. den frag ich dann schon auch um Rat, aber es ist nicht so für mich zum Arzt gehen sondern es ist halt ich sag ihm meine Beschwerden und er sagt mir .. was die Schulmedizin machen würde und ich kann dann immer noch sagen nein, ok, brauch ich nicht will ich nicht will nix nehmen oder so

(Auszug aus: Interview I3 mit Informantin C)

Die Informantin wurde danach gefragt, welche medizinischen Ressourcen sie hypothetisch nutzen würde, wenn sie ganz allgemein Beschwerden hätte. In der folgenden Reflexion ordnete sie der Biomedizin einen informellen Rang in ihrer individuellen Hierarchie von Ressourcen zu. Diese Veränderung in der Formalität reflektierte sie dabei bewusst, wenn sie bemerkt, dass ihre Nutzung biomedizinischer Ressourcen nicht mit einem Arztbesuch gleichzusetzen sei (I3).

In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Veränderlichkeit der Formalität von Ressourcen einen Bezug zum Phänomen der „Gesundheitskoordination“ innehat. Die Formalität von Ressourcen scheint sich zu verändern, je nachdem wie NutzerInnen ihr gesundheitsbezogenes Handeln gestalten. Zum einen geschieht dies durch die Entscheidungskompetenz, die sich auch in der von den NutzerInnen getätigten Hierarchisierung zeigt. Die selbstständig getroffene Entscheidung darüber zu treffen, wann welche Ressource in welchem Ausmaß genutzt werden soll, ist hier als wesentlich anzusehen.

### **Exkurs: Strukturelle Rahmenbedingungen – Kosten von CAM**

Ein wesentlicher Aspekt in der Auseinandersetzung mit CAM ist jener der Strukturellen Rahmenbedingungen. Wie in Kapitel 4 ausführlich besprochen, sind hier verschiedene Thematiken von Bedeutung (vgl. Kapitel 4). Eine wesentliche Thematik ist jener der Kosten von CAM.

## **Die Kosten von CAM**

Die InformantInnen thematisierten in den Gesprächen durchwegs die Kostenfrage. Dabei zeigten sie einen heterogenen Informationsstand was verschiedene strukturellen Rahmenbedingungen wie z.B. Refundierung von CAM-Behandlungskosten durch gesetzliche Krankenversicherungen betraf. Manche InformantInnen wussten genau über die diesbezüglichen Möglichkeiten Bescheid. Andere wussten z.B. nichts von den vorherrschenden Differenzierungen zwischen den verschiedenen CAM-Methoden im Hinblick auf Anerkennung durch die verschiedenen Sozialversicherungsträger.

## **CAM als Notwendig-wertgeschätzte Investition**

Der Umgang mit der Kostenfrage in der Nutzung von CAM lässt sich folgendermaßen beschreiben. Die NutzerInnen setzten die im Vergleich zu Selbstbehalten im von der gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellten biomedizinischen Bereich höheren Kosten stets mit verschiedenen Ebenen in Beziehung.

Zum einen sprachen die NutzerInnen den wahrgenommenen Erfolg der in Anspruch genommenen Behandlung als wesentliche Ebene an. Zum anderen thematisierten die NutzerInnen den langfristigen Erfolg einer genutzten Ressource als weitere wichtige Ebene.

Dieses Bewerten von CAM als „notwendig-wertgeschätzte Investition“ ist somit auch in Zusammenhang mit dem Phänomen der „Gesundheitskoordination“ zu sehen. Die Entscheidung für die Nutzung von CAM wird von den InformantInnen als selbstständiges gesundheitsbezogenes Handeln wahrgenommen. Die von den NutzerInnen wahrgenommenen langfristigen positiven Auswirkungen auf ihre Gesundheit und auf ihre Lebenssituation werden dabei gegen die entstehenden Kosten abgewogen.

## **Aus- und Fortbildungskosten für CAM-Anbieter**

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist jener der Kosten aufseiten der AnbieterInnen von CAM. Die NutzerInnen thematisierten im Kontext der ihnen selbst entstehenden (hohen) Kosten für die Behandlung mit z.B. TCM stets auch die Aus- und Fortbildungskosten der AnbieterInnen.

Ein diese Thematik betreffender Auszug aus einem Gespräch mit Informantin A sei an dieser Stelle wiedergegeben.

Nutzerin: (..) ... und was ich halt auch denk ist .. es ist natürlich für den Patienten sehr teuer .. aber ich denk mir in Summe wenn man's wirklich ernst nimmt mein chinesischer Arzt .. der hat einen .. Lehrer

I: Ja

N: In .. Thailand .. und einen in China und der fährt mit seiner Frau zusammen sind beide chinesische Mediziner die ist aber Österreicherin .. und die fahren da jedes Jahr im Sommer einfach hin .. und ich weiß nicht wie viele (unverständlich) und

I: Geld

N: Das denk ich mir halt auf Dauer ich mein .. ich hab mit ihm auch einmal gesprochen lange und er hat gemeint er versucht eh immer.. aber er muss jetzt einen .. er muss auch .. von irgendwas leben und natürlich hat er gesagt er will jetzt auch nicht irgendwie .. unter der Armutsgrenze leben das ist schon klar das (lacht)

(Auszug aus: Interview II mit Informantin A)

Wie in der Passage deutlich wird, setzten die NutzerInnen nicht nur die Behandlungskosten von CAM, sondern auch die jeweilige Kompetenz der CAM-AnbieterInnen mit deren Aus- und Fortbildungskosten in Verbindung.

Die Informantin wurde nach der Thematik der Kompetenz von CAM-AnbieterInnen gefragt und machte mit ihrer Aussage deutlich, dass diese aus ihrer Sicht mit kontinuierlichen hohen Kosten verbunden ist.

Wie auch zuvor angesprochen, scheint die Qualität von CAM für die NutzerInnen eine wichtige Rolle zu spielen. Die Kosten werden gegen die wahrgenommene Qualität abgewogen.

### **5.3.2.3. Gelebte Ganzheitlichkeit**

Das Phänomen, welche sich als „gelebte Ganzheitlichkeit“ bezeichnen lässt, bezieht sich wie zuvor erwähnt auf verschiedene sich entwickelnde selbstbezogene Kompetenzen. Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei, dass es sich um sich entwickelnde Kompetenzen handelt. Diese Kompetenzen stehen in Zusammenhang mit der Erfahrung von verschiedenen Beschwerden und der Auseinandersetzung mit diesen.

Den selbstbezogenen Differenzierungskompetenzen liegt die Konzeption eines „beeinflussbaren Selbstheilungspotentials“ zugrunde. „Beeinflussbar“ meint die Zugänglichkeit für Interventionen der NutzerInnen, welche in deren eigenen Kompetenzbereichs liegen.

Die betreffenden Zusammenhänge werden in den folgenden Abschnitten näher besprochen.

### **Selbstbezogene Differenzierungskompetenzen**

Wie in den vorangegangenen Kapitel besprochen, kann den verschiedenen gesundheitsbezogene Kompetenzen und Fähigkeiten der NutzerInnen große Bedeutung attestiert werden. Ein bestimmter Komplex an Kompetenzen und Fähigkeiten lässt sich als „selbstbezogene Differenzierungskompetenz“ kategorisieren.

Die „selbstbezogene Differenzierungskompetenzen“ entwickeln sich aus der Erfahrung mit verschiedenen medizinischen Ressourcen. Diese Erfahrung kann als eine Art „Bewusstwerdungsprozess“ angesehen werden, in dem NutzerInnen sich mit ihrer spezifischen Lebens- und Beschwerdesituation auseinandersetzen. „Bewusstwerdung“ meint einen bestimmten Erkenntnisprozess, der auf der Ebene von

Erfahren und Erleben stattfindet. Davon abzugrenzen sind Erkenntnisprozesse, welche auf Ebene von Vorstellungen, Einstellungen und Meinungen angesiedelt sind.

Abbildung 16 stellt dies graphisch dar.

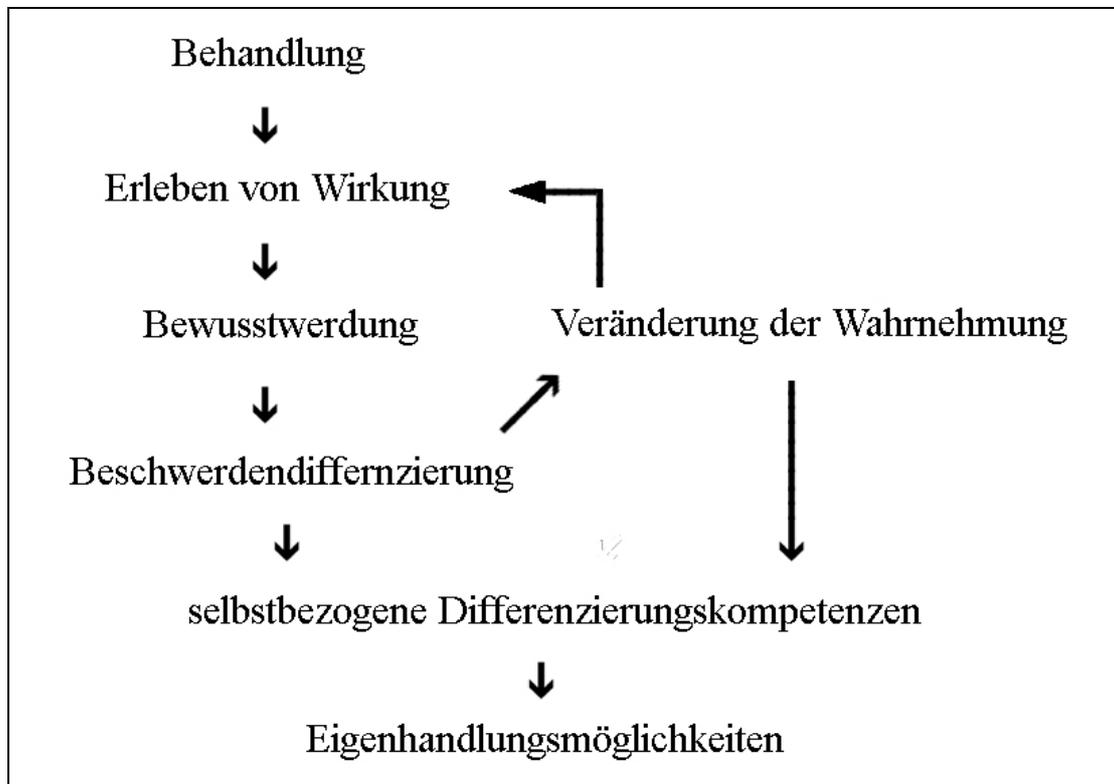


Abbildung 16: Bewusstwerdungsprozess

Wie aus der Abbildung ersichtlich, bietet jede Behandlungssituation das Potential über das Erleben von Wirkung (vgl. „Wirkung erleben“) einen Bewusstwerdungsprozess einzuleiten. Eine positiv wahrgenommene Veränderung durch eine Behandlung geht in diesem Fall mit einer Veränderung der Wahrnehmung der NutzerInnen in Bezug auf ihre Lebens- und Beschwerdesituation einher (*Veränderung der Wahrnehmung*).

Nicht jede Form der Behandlung bietet ein gleiches Maß an Erlebensintensität. Die InformantInnen sprachen dieses unterschiedlich intensive Erleben von Wirkung in den geführten Gesprächen an. Die erhobenen Daten lassen die Aussage zu, dass eine von den NutzerInnen wahrgenommene positive Veränderung für die oben genannte Veränderung der Wahrnehmung wesentlich ist.

Eine Aussage von Informantin D sei hierzu vorgestellt.

Nutzerin: Ja .. mhm ... und das is halt auch wo man dann sagt ja, oder wenn man dann raus geht oder einfach liegt mit den Nadeln und so, so wirklich abschaltet und sich dann denkt, ah!, was hab ich da jetzt gmacht die letzten Wochen ja, irgendwie es war total blöd wie ich mich da und da aufregt hab oder darüber .. (..) es gibt dann wirklich so Momente oder Punkte wo einem wirklich, wo einem wirklich auf einmal .. alles so aufgeht jetzt so richtig wo man dann wirklich nah am weinen ist oder so .. und man sich dann wirklich als, als Einheit spürt und dann auch wirklich sagt OK damit und damit hab ich jetzt zu kämpfen oder da bin ich jetzt besonders glücklich oder besonders offen oder so und das passiert eben da auch. Und ah .. ich find das halt gut, also äh .. (..) Ja, das find ich schon .. ma wird sich äh .. selber irgendwie bewusster und das find ich eben ganz, ganz schön, dass man .. dass ma nicht nur geht und konsumiert oder nur geht und anschafft und geht und, und äh ja .. irgendwie konsumiert wird oder einfach nur passiv

(Auszug aus: Interview I4 mit Informantin D)

Das Erleben der von der Informantin als „entspannend“ wahrgenommene positive Wirkung der Nadelakupunktur ermöglicht ihr hier eine Reflexion über die eigene Lebenssituation. Sie nimmt sich in der Situation nicht als „passive Konsumentin“ wahr, sondern bewertet das Reflektieren als aktive Tätigkeit. Dieses reflexive Verhalten der NutzerInnen ist eben jenem oben besprochenem Bewusstwerdungsprozess zuzuordnen.

Die *selbstbezogenen Differenzierungskompetenzen* der NutzerInnen entstehen aus dem Bewusstwerdungsprozess und eröffnen ihnen einen Raum für aktives Gestalten gesundheitsbezogenen Geschehens. Sie sind für die NutzerInnen Möglichkeit auf einer weiteren Ebene selbst zu handeln (*Eigenhandlungsmöglichkeit*; vgl. „Gesundheitsbezogene Kompetenzen“). Die verschiedenen konkreten erhobenen Kompetenzen werden im folgenden beschrieben und charakterisiert. Dabei sind zwei verschiedene Phänomene wesentlich, namentlich das „Selbsteilungspotential“ und der „gute Selbstumgang“.

## **Selbsteilungspotential**

Das an vorangegangener Stelle bereits angesprochene „beeinflussbare Selbsteilungspotential“ ist ein Bereich, dem sich verschiedene selbstbezogene Differenzierungskompetenzen zuordnen lassen.

Das Selbsteilungspotential ist eine Konzeption, die sich einem individualisierten-ganzheitlichen Menschenbild verdankt. Ganzheitlich bedeutet in diesem Zusammenhang das Einbeziehen verschiedener Erfahrungsebenen, nämlich der körperlichen, geist-seelischen und sozialen Ebenen. Die Problematik der Unterscheidung zwischen körperlicher und geistig-seelischer Ebene wird im nachfolgenden Kapitel zu „Integration der Dualismen“ näher besprochen. Das individualisierte Element bezieht sich auf die unterschiedlichen Tendenzen und Bedürfnisse, welche Personen in verschiedenen Lebens- und Beschwerdesituationen haben.

Selbsteilung meint die Fähigkeit des Einzelnen ohne Intervention Dritter sich hin zu einem Zustand der Beschwerdefreiheit zu bewegen. Interventionen bzw. Impulse welche der Einzelne selbst in diese Richtung setzt sind dem jedoch hinzuzurechnen.

Die Voraussetzung dafür liegt darin, dass die NutzerInnen dem Menschen ein grundsätzliches rezeptives Potential attestieren, das ebensolchen Impulsen zugänglich ist. Die NutzerInnen gehen davon aus, dass auch Interventionen, die sie nicht als medizinisch einordnen, eine positive Wirkung auf verschiedene Beschwerden innehaben. Die Art und Weise wie diese Impulse gesetzt werden ist nicht an allgemeinen Richtlinien orientiert, sondern wird von den NutzerInnen kontinuierlich reflektiert und je nach Situation und Kontext zum Einsatz gebracht.

Folgende Kompetenzen sind hierbei von Bedeutung. Erstens spielt das Wissen um die individuellen Veränderungspotentiale eine wesentliche Rolle. Zweitens kommt einer Fähigkeit große Wichtigkeit zu, die als „reflexive Umgangskompetenz“ kategorisiert wurde.

## Wissen um Veränderungspotentiale

Das „Wissen um individuelle Veränderungspotentiale“ ist als selbstbezogene Differenzierungskompetenz als Fähigkeit der NutzerInnen zur Gesundheitsvorsorge anzusehen. Die zentrale Thematik ist jene des Wahrnehmens, Bewertens und Einordnens der jeweiligen Beschwerden.

Abbildung 17 zeigt die betreffenden Zusammenhänge auf.

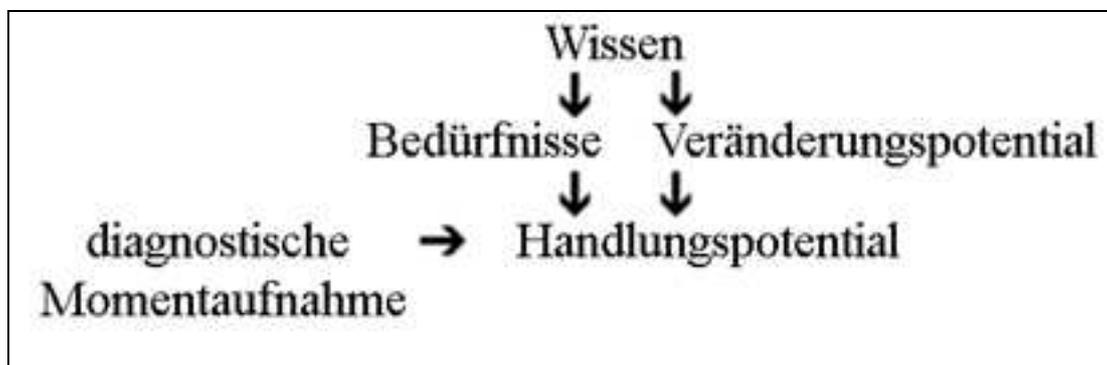


Abbildung 17: Darstellung der Kategorie „Wissen um Veränderungspotentiale“

Das Wahrnehmen, Bewerten und Einordnen von Beschwerden wird unter dem Begriff „*diagnostische Momentaufnahme*“ fassbar gemacht. Die Bezeichnung „diagnostisch“ wird hier deswegen verwendet, weil die NutzerInnen sich mit ihren Beschwerden auf einordnende und bewertende Weise auseinandersetzen.

Wesentlich ist hier das Verständnis von Beschwerden als veränderlich. Dies gilt nicht nur im Sinne einer potentiellen Beeinflussung dieser durch Interventionen. Auch andere Einflüsse können Beschwerden bzw. Beschwerdebilder verändern (z.B. Stress, Wettereinflüsse). Nach der diagnostischen Momentaufnahme kommt das *Wissen* der NutzerInnen über ihre jeweiligen *Bedürfnisse* und *Veränderungspotentiale* zur Anwendung.

Eine Aussage von Informantin D sei an dieser Stelle beispielhaft für dieses Verhalten wiedergegeben.

Nutzerin: Ich kann jetzt was als Gegengewicht machen und das find ich eben ganz schön dass das im Kopf ist und dass man da auch manchmal auf den Körper hört und sagt OK äh ... ich hab jetzt irgendwie soviel Stress .. muss ich haben weil meine Nebenhöhlen wieder anschwellen, also auch wenn ich das, wenn ich das jetzt so nicht so wahrhaben will .. merk ich's übern Körper, ich hab's ja früher wirklich, also ich hatte ja dauernd Schmerzen also wirklich durchgehend jeden Tag immer .. also es war .. permanent da bis ich's einfach nimma wirklich wahrgenommen hab, ja (..) Mhm, ja und da, und daran jetzt sagen .. wohohoho jetzt reg ich mich zu viel auf weil jetzt irgendwie (..) Nebenhöhlen oder Luft was auch immer, das .. das ist schon, das ist schon ahm .. für mich wirklich angenehm weil da hab ich wirklich so eine rote .. Ampel irgendwie die dann leuchtet und sagt wuu, jetzt ist genug .. und ich seh das auch, also ich will da jetzt nicht sagen, dass es vorher nicht da war ich hab's nur nicht mehr gesehen und da .. ja .. und das .. find ich halt ja .. schön und vor allem wie sich das in den Lebensbereichen dann auch ändern kann TCM oder Lifestyle die Therapie dann so das ist dann (..) es ist jetzt wirklich total individuell nach den Lebensphasen irgendwie

(Auszug aus: Interview I4 mit Informantin D)

Die Informantin erzählt davon, wie sie selbst Impulse setzt um mit bestimmten Beschwerden umzugehen. Sie beschreibt dabei wie sie ihre „diagnostische Momentaufnahme“ vollzieht, wenn sie sich ihre Beschwerden bewusst macht und dabei gleichzeitig die Hintergründe dieser Beschwerden identifiziert und Interventionen einleitet. Im Falle der Informantin treten die beschriebenen Beschwerden (angeschwollene Nasennebenhöhlen) aufgrund einer Stressproblematik auf, der sie durch eine Änderung in der Lebensgestaltung begegnet.

### **Reflexive Umgangskompetenz**

Das Phänomen der „reflexiven Umgangskompetenz“ ist eng mit der oben beschriebenen selbstbezogenen Differenzierungskompetenz des „Wissens um Veränderungspotentiale“ verwoben. Die Thematik, um die es hier geht, ist die kontinuierliche reflexive Tätigkeit der NutzerInnen, die im Hinblick auf Individualität und verändernde Einflüsse zum Einsatz gebracht wird.

Abbildung 18 stellt dies graphisch dar.

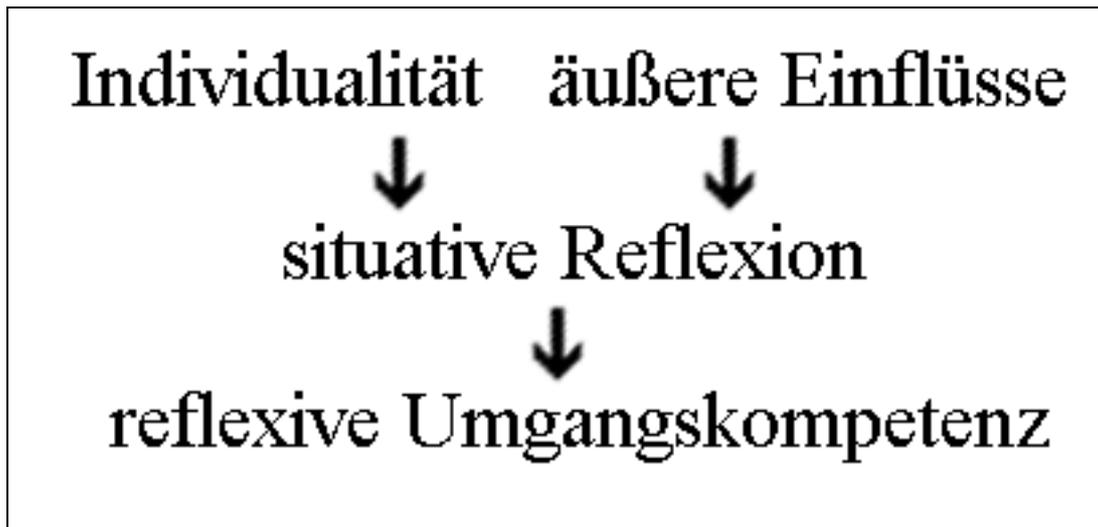


Abbildung 18: Darstellung der Kategorie „reflexive Umgangskompetenz“

Die NutzerInnen zeigen ein Verhalten, das als Fähigkeit der „*situativen Reflexion*“ fassbar gemacht wird. Dabei versuchen sie mit den beiden Parametern der individuellen Lebens- und Beschwerdensituation (*Individualität*) und veränderlichen äußeren Einflüssen (*äußere Einflüsse*) sinnvoll und positiv umzugehen.

Die NutzerInnen sind in dem Sinne reflexiv tätig, als sie ihre Erfahrungen, ihr Erleben sowohl im Hinblick auf ihre Beschwerden, als auch auf ihre allgemeine Lebenssituation beständig wahrnehmen, bewerten und zuordnen. Die Wichtigkeit der Ebene der Erfahrung soll an dieser Stelle einmal mehr betont werden, da sie für die NutzerInnen enorme Wichtigkeit zu besitzen scheint.

### **Guter Selbstumgang**

Das Phänomen des „guten Selbstumganges“ ist ein weiterer Bereich, dem verschiedene selbstbezogene Differenzierungskompetenzen zuzuordnen sind. Die wesentliche Thematik, die in diesem Bereich eine Rolle spielt, ist jene des Zusammenhanges zwischen dem Wissen um bestimmte Tendenzen der NutzerInnen und einem darauf abgestimmten Umganges der NutzerInnen mit sich selbst.

Hierbei sind verschiedene Kompetenzen zu verorten, die im folgenden besprochen werden.

## **Wissen um Tendenzen als Gesundheitsvorsorge**

Das Wissen um das „Eigene“, um individuelle Tendenzen kann als wesentliche Fähigkeit angesehen werden. Hierunter fallen sowohl persönliche Vorlieben bzw. Abneigungen (z.B. Abneigung gegen kühles Wetter), als auch individuelle Bedürfnisse (z.B. hohes Schlafbedürfnis). Außerdem sind verschiedene Anfälligkeiten bzw. Empfindlichkeiten verschiedenen Beschwerden (z.B. häufige grippale Infekte) gegenüber angesprochen.

Die zentrale Thematik ist die Kenntnis der jeweiligen individuellen „Konstitution“, wie dies die TCM formulieren würde. Dies ist jedoch für die NutzerInnen nicht auf die TCM als Ressource beschränkt, sondern weist darüber hinaus.

Das Wissen um individuelle Tendenzen beinhaltet potentielle Handlungsoptionen für die NutzerInnen. Das auf diese Tendenzen abgestimmte Handeln wird von den NutzerInnen als Gesundheitsvorsorge angesehen, die in ihrer eigenen Kompetenz liegt.

Nutzerin: ich reagier immer also ich merk jetzt wirklich ähm .. nach ganz ganz langer Zeit oder überhaupt zum ersten Mal dass ähm .. mein Körper auf gewisse Sachen einfach sofort reagiert wenn ich .. wenn ich ziemlich viel Sorgen hab der Stress hab .. Bing! Ja ich krieg Nebenhöhlen-Probleme es tut mir wirklich weh ähm .. beruhig ich mich wieder ist es auch wieder weg also mein Körper kann das super selber auspendeln .. total .. und äh .. es .. es hat sich echt einiges geändert

(Auszug aus: Interview I4 mit Informantin D)

## **Aktive Bewusstwerdung**

Eine weitere Kompetenz liegt in einem Phänomen begründet, das für die vorliegende Arbeit als „Aktives Bewusstwerden als guter Selbstumgang“ fassbar gemacht wurde. „Aktive Bewusstwerdung“ meint hier die Auseinandersetzung der NutzerInnen mit ihrer Lebens- und Beschwerdensituation auf Ebene des Erlebens. Die Thematik, die hier eine Rolle spielt, ist jene der Wahrnehmung der jeweiligen Situation der

NutzerInnen. Diese Wahrnehmung löst potentiell einen Reflexionsprozess aus, welcher für die NutzerInnen konkrete Konsequenzen in ihrem alltäglichen Handeln hat.

Die reflektierte Wahrnehmung als aktive Bewusstwerdung bietet so für die NutzerInnen eine selbstbezogene Differenzierungskompetenz, welche diese befähigt ähnlich den anderen derartigen Kompetenzen positive Impulse bzw. Intervention zu setzen (vgl. Abbildung 17).

### **Nachhaltiges Handeln**

Eine weitere selbstbezogene Differenzierungskompetenz liegt in der Fähigkeit zum „nachhaltigen Handeln“ begründet. Hierbei geht es um gesundheitserhaltende, präventive Impulse, welche die NutzerInnen setzen.

Um eine Nutzerin hier selbst zu Wort kommen zu lassen:

Nutzerin: ich bin da halt wirklich auch so, dass ich, dass ich sag, OK ... ma hat wirklich auch eine Eigenverantwortung, also das find ich schon, also dass find ich schon wenn man wirklich so .. exzessiv äh sich ausbeutet den Körper oder die Seele dann .. dann darf man sich früher oder später nicht wundern. Das kommt einfach nicht von, also .. weiß ich nicht, ma wacht auch nicht auf und plötzlich steht da ein riesengroßer Baum vorm Fenster, der ist ja auch gewachsen (..) Den hat ma .. vielleicht auch gesetzt und man weiß es nur nicht mehr, ja, nur und dann wird er irgendwie größer und irgendwann ist er halt ausgewachsen und riesengroß ja. Aber .. vorher ... gibt's halt ganz ganz lange Zeit und äh .. da denk ich mir äh ... soll das vielleicht auch bedenken. (..) Dass äh ... da auch Eigenverantwortung im Spiel ist ... und ma eben wirklich viel .. ich mein der Körper .. ist ja .. sehr robust ma kann ihm ja auch einiges .. abverlangen ähm .. aber ähm irgendwann .. macht er dann halt auch nicht mehr mit und äh .. man kann.. also ich bin .. der Meinung ich würd gern da .. praktisch wirklich Entwicklungshilfe leisten bei mir und dann wirklich so Einspritzer geben, sagen, OK, wenn ich jetzt schon so viel Stress im Job hab oder bei der Uni, dann kann ich das ein bisschen mildern in dem ich mich so oder so ernähr

(Auszug aus: Interview I4 mit Informantin D)

Die Informantin beschreibt in diesem Gesprächsauszug, wie sie positive Impulse („Einspritzer“) setzte, um in ihrer spezifischen Lebenssituation auf ihre individuellen Tendenzen abgestimmt zu handeln.

Nachhaltiges Handeln kann in weiterer Konsequenz zur Ausbildung eines diesbezüglichen Lebensstils führen. Wenn dies der Fall ist, so lassen die NutzerInnen in den verschiedenen Bereichen des menschlichen Daseins ein nachhaltig-handelndes Verhalten erkennen.

### **Integration der Dualismen - eine individuelle Lösungsproblematik**

Ein wichtiger Aspekt der „gelebten Ganzheitlichkeit“ stellt die Problematik des Umganges mit einem biomedizinisch-geprägten Menschenbild dar, welches sich der Cartesianischen Trennung der „res extensa“ und der „res cogitans“ verdankt (Descartes 1994).

Für alle zu dieser Thematik befragten InformantInnen stellte das cartesianisch geprägte Menschenbild und der Umgang mit diesem eine wesentliche Schwierigkeit dar. Möglicherweise mag diese Schwierigkeit darin begründet liegen, dass eine Vielzahl der InformantInnen mit chronischen Beschwerden konfrontiert war. Die erhobenen Daten lassen darüber jedoch keine haltbare Aussage zu. Verschiedene medizin-anthropologische Arbeiten zur Thematik von Chronizität belegen jedoch, dass insbesondere die Erfahrung mit chronischer Krankheit ein dualistisch-geprägtes Menschenbild in erheblichen Zweifel ziehen kann (Estroff 1993; Jackson 1994).

Über die spezifische Situation der Chronizität des Leidens hinaus, lässt sich in der durchgeführten Untersuchung eine dualistische Konzeption des Menschen als problematisch hinsichtlich jeglicher Erfahrung von Beschwerden ansehen. Das Erfahren von Leid im Angesicht des Dualismus wirft potentiell Fragen auf und fordert die NutzerInnen zu Reflexion heraus.

Die Auseinandersetzung der NutzerInnen mit der Problematik des Dualismus wurde durch die Kategorisierung dieser als „Integration der Dualismen“ analytisch fassbar gemacht.

Abbildung 19 stellt diese Kategorie graphisch dar.

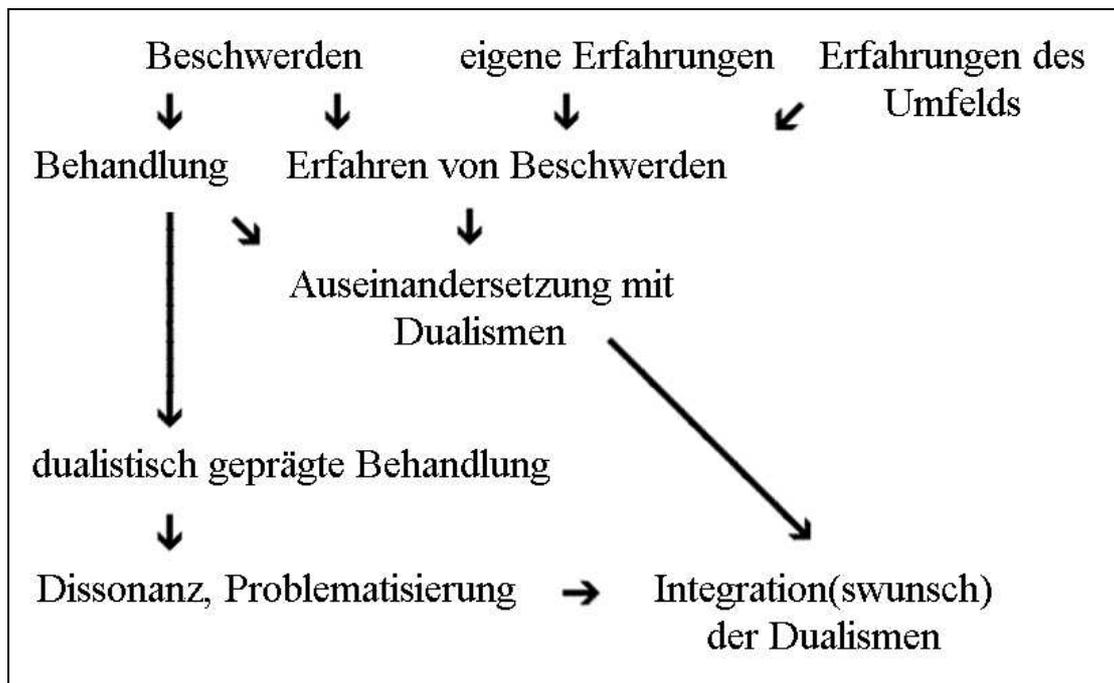


Abbildung 19: Darstellung der Kategorie „Integration von Dualismen“

Wie aus der Abbildung ersichtlich, beginnt die *Auseinandersetzung* mit der Problematik des Dualismus im Spannungsfeld der jeweiligen *Beschwerden* und jeweiligen *Behandlungen*. Hierbei fließen *eigene Erfahrungen* der NutzerInnen ebenso ein, wie Erfahrungen des sozialen Umfeldes dieser. Erfahrungen des Umfeldes scheinen für die NutzerInnen entweder als positiv bzw. als negativ wahrgenommene Identifikationsflächen zu bieten (*Erfahrungen des Umfeldes*).

Die verschiedenen in Anspruch genommenen Ressourcen werden hinsichtlich der jeweiligen Welt- und Menschenbilder entweder als dualistisch geprägt wahrgenommen bzw. nicht als dualistisch wahrgenommen. Im Laufe des Behandlungsprozesses entsteht für die NutzerInnen in beiden möglichen Fällen der Wunsch nach einer *Integration von Dualismen*.

Die Problematik des Dualismus tritt dabei für die NutzerInnen als individualisierte Lösungsproblematik auf. Davon sind neben den dezidiert gesundheitsbezogenen Bereichen auch andere wesentliche Bereiche der menschlichen (Lebens)erfahrung betroffen, wie z.B. Sinnfindung.

Der Zustand von Gesundheit, deren Erhaltung und deren Wiedererlangung werden von den NutzerInnen nicht als von allgemeinen Strategien, Richtlinien und Verhaltensregeln beeinflussbar angesehen (vgl. „Selbstheilungspotential“). Das dualistisch geprägte Menschenbild wirft hier folgende Schwierigkeiten auf. Einerseits scheint es den von den NutzerInnen gemachten Erfahrungen zu widersprechen (*dualistisch geprägte Ressource*).

Diese Dissonanz ist als wesentliche Motivation für den Integrationswunsch der Dualisten anzusehen. Andererseits sind die z.B. innerhalb der Biomedizin inhärente Trennungen der verschiedenen Disziplinen problematisch. Von den NutzerInnen wahrgenommene Zusammenhänge zwischen verschiedenen Erfahrungsebenen werden dadurch ausgeblendet (*Dissonanz*).

Um Informantin A zu dieser Thematik zu Wort kommen zu lassen sei folgender Auszug wiedergegeben.

Nutzerin: Das ist .. glaub ich einer der Hauptpunkte für mich .. also einfach dass alles zusammenhängt ... aber jetzt nicht .. nicht nur im menschlichen Organismus sondern im wenn ma sich asiatische Philosophie anschaut .. es muss jetzt nicht unbedingt der Buddhismus sein aber es ist halt die größte .. Philosophie eigentlich .. und das einfach alles zusammenhängt (..) über den Menschen hinaus .. das ist schon ein .. ein Punkt für mich ja den nehm ich einfach wichtig glaub das ist aber hier überhaupt bei uns .. im Westen daher kommen ja eigentlich viele Probleme glaub ich .. ja .. einfach .. den größeren Zusammenhang einfach nicht erkennen .. dass es quasi so viel Spezialistentum gibt .. und keine Kommunikation zwischen den .. Spezialisten

(Auszug aus: Interview I1 mit Informantin A)

Die Informantin beschreibt hier die fehlende Wahrnehmung von Zusammenhängen, welche sie z.B. in der Biomedizin vermisst. Ihrer Ansicht nach ist die oben genannte Aufteilung in verschiedene Subdisziplinen hier zur Verantwortung zu ziehen.

In vielen CAM-Therapien herrschen nicht dualistisch geprägte Menschenbilder vor. Auch durch das Nutzen von TCM werden die NutzerInnen mit einem von diesem z.B. in der Biomedizin vorhandenen verschiedenen Menschenbild konfrontiert (*nicht-dualistisch geprägte Ressource*).

## **Anerkennung der Körperlichkeit**

Ein wesentlicher Aspekt in der Problematisierung des Dualismus ist ein Phänomen, das unter der Bezeichnung „Anerkennung der Körperlichkeit“ kategorisiert wurde. Alle zur Thematik befragten InformantInnen betonten in den geführten Gesprächen, dass sie sich der Existenz einer körperlichen Ebene bewusst seien, auf welcher Beschwerden ebenso zu verorten wären, wie auf einer geistigen bzw. seelischen Ebene.

Die dezidierte Betonung dieser Anerkennung schien den InformantInnen wesentlich zu sein. Sie schienen zwar bemüht, wie oben beschrieben, diese eine körperliche Ebene mit der geistig-seelischen Ebene in Beziehung zu setzen und so Dualismen aufzulösen. Jedoch wird die diesen Bemühungen vorausgehende Trennung in zwei menschliche Teile, welche als separat voneinander erlernt, gelebt und erfahren wurden, nicht überwunden. Es spiegelt sich in den Versuchen der Integration eben jene Trennung wieder, welche durch sie aufgelöst werden soll

Eine Gesprächspassage aus dem Interview mit Informantin D in der das oben Gesagte anklingt sei hierzu wiedergegeben.

Nutzerin: ich merk ja wann's mir gut geht oder wann geht's mir körperlich nicht gut und wann geht's mir psychisch nicht gut und das kann ich alles gut trennen jetzt also ich kann sagen also heut bin ich irgendwie hhhhh also total .. matt ich bin bissl verkühlt wahrscheinlich hat's irgendwo zogen oder so .. keine Ahnung oder ich bin wahnsinnig gestresst und mein Kopf macht da jetzt einfach mal schlapp also ... das .. kann ich schon unterscheiden und ja ..

(Auszug aus: Interview I4 mit Informantin D)

Die Informantin spricht hier klar über die Unterscheidung zwischen Beschwerden, welche sie auf den körperlichen Bereich zurückführt und Beschwerden, welche sie im geistig-seelisch Bereich verortet. Diese Bereiche „kann [sie] (..) gut trennen“, wie sie ausführt.

## **6. Diskussion und Bezugnahme**

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung diskutiert. Die erarbeitete Theorie der Nutzung von Ressourcen (vgl. Kapitel 5) wird hierbei zum theoretischen Bezugsrahmen (vgl. Kapitel 3) in Beziehung gesetzt.

### **6.1. Diskussion der erarbeiteten Theorie**

Bevor die erarbeitete Theorie in Beziehung zu Modellen des Gesundheitsverhaltens und zum Konzept des Medizinpluralismus gesetzt wird, sollen einige wesentliche Aspekte diskutiert werden. Zuerst wird das Gelingen der Theoriebildung reflektiert. Weiters wird auf die Frage der Repräsentativität der Ergebnisse eingegangen. Außerdem werden die Grundannahmen der Theorie und die wesentlichen Elemente diskutiert. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Bildung eines theoretischen Erklärungsmodells zur Nutzung von medizinischen Ressourcen. Zu versuchen diesem hohen Anspruch gerecht zu werden war ein herausforderndes Unterfangen.

#### **Repräsentativität der erarbeiteten Theorie**

Eine wesentliche Bemerkung ist hinsichtlich der Repräsentativität der vorliegenden Untersuchung zu machen. Aufgrund der geringen Menge an Samples (InformantInnen) kann nicht von Repräsentativität gesprochen werden. Um einen ausreichenden Grad an Repräsentativität zu erreichen, müssten die vorliegenden Ergebnisse entweder in einer weiteren quantifizierenden Untersuchung überprüft werden bzw. auf andere Art und Weise höhere theoretische Dichte erreicht werden (vgl. Kapitel 7).

Untersuchungen mittels der Grounded Theory sind selten auf eine Gesamtbevölkerung umzulegen. Sie stellen vielmehr Bezugspunkte für ähnliche AkteurInnengruppen bzw. verwandte Forschungsfelder und Kontexte dar. Dennoch sind die vorliegende Arbeit und ihre Ergebnisse auch im Sinne der Grounded Theory als Tendenzen anzusehen, die wie zuvor erwähnt zu vertiefen sind (Bluff 2005).

Dennoch ist zu erwähnen, dass die gewonnenen Daten mit methodischer Sorgfalt erhoben und mit ebensolcher Sorgfalt analysiert wurden.

### **6.1.3. Nutzung von Ressourcen: Gesundheitsverhalten im Kontext von Medizinpluralismus**

Die zentralen Fragestellungen, welche der erarbeitete Theorie vorausgingen, lauteten: Wie nutzen Personen in Wien TCM als medizinische Ressource in einem spezifisch strukturierten medizinpluralistischen Kontext? Welche Bedeutung haben Gesundheits- und Krankheitsbegriffe der NutzerInnen für die Nutzung von TCM als medizinische Ressource (vgl. Kapitel 2)?

Der Ausgangspunkt für die durchgeführte Forschung bildete demnach die Auseinandersetzung mit einer spezifischen medizinischen Ressource, der TCM. Die gebildete Theorie weist jedoch über dieses Ressourcen-Spezifische hinaus. Das zentrale Ergebnis, das Herzstück der Theorie, betrifft die Entscheidungsprozesse, die bei der Nutzung jeglicher medizinischer Ressourcen eine Rolle spielen. Die Kernkategorie „Integrierend-differenzierender Umgang mit Ressourcen“ erfasst dieses Ergebnis analytisch. Der Kontext in dem dieser „Integrierend-Differenzierender Umgang“ als Ergebnis der Untersuchung gültig ist, beschränkt sich jedoch auf NutzerInnen, welche die TCM (auch) als medizinische Ressource nutzen.

Inwieweit auch andere NutzerInnen-Gruppen (z.B. ausschließlich Biomedizin in Anspruch nehmende NutzerInnen) einen ähnlichen Ressourcen-Umgang aufweisen, müssen weitere Untersuchungen klären.

Die erarbeitete Theorie geht von einem Nutzungsverhalten aus, das als Ressourcen-Orientiertes aktives Handeln zu verstehen ist, und von sich entwickelnden Kompetenzen der NutzerInnen geprägt ist. Die Nutzung verschiedener medizinischer Ressourcen und das Erfahren der verschiedenen Welt- und Menschenbilder ist hierbei für die Kompetenzentwicklung als fördernd anzusehen.

Durch die Nutzung verschiedener medizinischer Ressourcen entwickeln die NutzerInnen potentiell folgende Kompetenzen. Zum einen entwickeln sie die Kompetenz durch gesundheitskoordinatorisches Handeln Verantwortung für die eigene Lebens- und Beschwerdesituation zu übernehmen. Zum anderen sind die NutzerInnen durch die differenzierende Auseinandersetzung mit verschiedenen aktiv.

Weiters spielen sich entwickelnde selbstbezogene Differenzierungskompetenzen eine Rolle, die zwischen individuellen Aspekten und äußeren Einflüssen vermitteln.

Die anfänglich gestellte Forschungsfrage nach der Art der Nutzung verschiedener medizinischer Tätigkeiten, ist somit folgendermaßen zu beantworten. Die NutzerInnen, die in Wien TCM in Anspruch nehmen, tun dies tendenziell auf eine „integrierend-differenzierende“ Art und Weise (vgl. Kapitel 5).

## **6.2. Bezug zu Gesundheitsverhaltens - Modellen**

Der theoretische Bezugsrahmen, der für die vorliegende Untersuchung gewählt wurde besteht einerseits aus Modellen des Gesundheitsverhaltens, und andererseits aus dem Konzept des Medizinpluralismus. Beide Bereiche sind in den Diskursen der Medical Anthropology von wesentlicher Bedeutung (vgl. Kapitel 3). In den folgenden Abschnitten werden diese zur erarbeiteten Theorie in Beziehung gesetzt.

Die erarbeitete Theorie ist als Ressourcen-orientiert anzusehen. Sie begreift die NutzerInnen medizinischer Ressourcen dabei als aktive, kompetente HandlerInnen eines gesundheitsbezogenen Geschehens.

Der Konzeption des Menschen als rationalem Akteur, welche sich in vielen Modellen wiederfindet bzw. diesen zugrunde liegt, ist auch in der erarbeiteten Theorie vorhanden (Tuckett 1977). Diese Konzeption findet sich unter anderem wieder, wenn die Kompetenz der NutzerInnen zu bewerten und zu entscheiden betont wird.

Durch das Fokussieren auf Erfahrungen und das Einbringen der Ebene des Erlebens wird jedoch den zuvor besprochenen Gefahren des Ausblendens wesentlicher Aspekte von Entscheidungs- und Handlungsprozessen der NutzerInnen begegnet.

Im Hinblick auf die Einordnung von Modellen des Gesundheitsverhaltens ist die vorliegende Theorie eher dem Bereich der Illness-Response-Models zuzuordnen, welche weniger an etablierten Systemem orientiert sind, sondern an „Krankheits- und Behandlungswegen“. Diese Zuordnung ist zu aller erst deswegen zu treffen, weil primär NutzerInnen untersucht wurden und nicht Ressourcen. Der Schwerpunkt der gebildeten Theorie liegt auf der Analyse von Prozessen der Kompetenzentwicklung

und Prozessen der Auseinandersetzung mit den jeweiligen Potentialen von Ressourcen. Wesentlich ist, dass diese Analyse auf der Basis der Perspektive der NutzerInnen vollzogen wird.

Den anhand von Goods (1994) kritischen Worten aufgezeigten Problematiken in Bezug auf Modelle des Gesundheitsverhaltens wurde wachsam begegnet. Die Konzeption von Gesundheitsverhalten als Handlungen, die aus verschiedenen Vorstellungen („beliefs“) heraus gesetzt werden, wurde im Prozess der Theoriebildung reflektiert.

Durch die Ausrichtung auf das Erleben und Erfahren der NutzerInnen, sowohl allgemein, als auch direkt in Bezug zum Behandlungsprozess, wurde der Problematik begegnet. Es wurde dabei der Anspruch gestellt, nicht auf dem Beschreiben dieser Erfahrungsebene halt zu machen. Die erarbeitete Theorie versucht über die Ebene des Erlebens Verhalten erklärbar zu machen. Das In-Beziehung-Setzen von der einen Ebene zur anderen ist hierbei wesentlich.

### **6.3. Bezug zum Konzept des Medizinpluralismus**

Medizinpluralismus ist ein wichtiges und zugleich umstrittenes Konzept der Medical Anthropology. In der erarbeiteten Theorie spielt dieses Konzept auf verschiedensterlei Art eine Rolle.

Die erarbeitete Theorie versteht das Handeln von NutzerInnen auch als von den spezifisch medizinpluralistisch strukturierten Rahmenbedingungen beeinflusst. Behandlung findet so in bestimmten Zusammenhängen statt.

Es ist jedoch die eigenständige Leistung der NutzerInnen, die diesen Raum selbst ebenso prägen hervorzuheben. Wenn die NutzerInnen ihre Differenzierungs-, Entscheidungs- und Handlungsprozesse vollziehen, dann verändern sie damit auch ihre Perspektive auf die Möglichkeiten und die Unmöglichkeiten der vorliegenden Behandlungsoptionen.

Aus diesem Blickwinkel heraus stellt sich Medizinpluralismus als nicht nur von den verschiedenen Ressourcen geprägtes System dar, sondern auch als ein den NutzerInnen dieser Ressourcen zugänglicher Handlungsraum.

Das wichtigste Element der erarbeiteten Theorie sind die vielfältigen Kompetenzen und Fähigkeiten der NutzerInnen. Sie scheinen sich im Bereich der verschiedenen Möglichkeiten „kompetent“ bewegen zu können. In ihrem Differenzieren und Entscheiden sind die NutzerInnen auch als KonsumentInnen zu verstehen. Die in Kapitel 3 thematisierte Kommodifizierung von Gesundheitsleistungen klingt in diesem Zusammenhang an (Han 2002). Diese Kommodifizierung ist in die Theorie nicht direkt eingearbeitet, wird jedoch einerseits in einem Exkurs-Kapitel zu den Kosten von CAM angerissen. Darüber hinaus lässt sich der Raum, in dem NutzerInnen verschiedene Ressourcen in Anspruch nehmen, durchaus als Markt ansehen, in dem verschiedene Leistungen konsumiert werden können.

Ein wichtiger Aspekt ist die Dichotomisierung „NutzerInnen/Nicht-NutzerInnen spezifischer medizinischer Ressourcen“, die in Kapitel 3 problematisiert wurde (Sharma 2000). Für die vorliegende Theorie war auf diese Anbindung von NutzerInnen an spezifische Ressourcen nicht notwendig. Es wurden keine dichotomen AkteurInnen-Gruppen einander gegenübergestellt, sondern eine bestimmte Gruppe von NutzerInnen in ihrem Gesundheitsverhalten untersucht.

Die Nutzung von verschiedenartigen medizinischen Ressourcen wird so nicht einander gegenüber gestellt, sondern die potentielle Nutzung aller zur Verfügung stehenden Ressourcen berücksichtigt. Dies ist eine weitere Ebene auf der die Theorie als Ressourcen-Orientiert anzusehen ist.

## 7. Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Phänomen des Gesundheitsverhaltens in einem medizinpluralistischen Kontext. Im Konkreten wurde sie von der Frage nach der Art und Weise der Nutzung von CAM-Therapien in Österreich angeleitet.

Um diesem komplexen Kontext gerecht zu werden, wurden in Kapitel 3 relevante theoretische Aspekte besprochen.

Kapitel 3 war der Beschäftigung mit Modellen des Gesundheitsverhaltens gewidmet und berücksichtigte aufgrund der interdisziplinär ausgerichteten diesbezüglichen Forschung Beiträge verschiedener Disziplinen wie der Soziologie und der Psychologie. Es wurde dabei zwischen Modellen unterschieden, welche eher an Systemen orientiert sind, und jenen, welche eher auf die NutzerInnen fokussieren. Besonderer Raum wurde dem wesentlichen Beitrag des Kultur- und Sozialanthropologen Arthur Kleinman (1980) eingeräumt, dessen Sektorenmodell als erstes tatsächlich systematisches Analyse-Instrument zur Untersuchung des Phänomens des Gesundheitsverhaltens angesehen werden kann

Mit der Thematisierung des Konzeptes des Medizinpluralismus wurde in Kapitel 3 außerdem ein wichtiges Konzept der Medical Anthropology zur Auseinandersetzung herangezogen. Neben der medizin-anthropologischen Perspektive wurden auch Stimmen aus anderen Disziplinen eingebunden, die unter anderem eine dem Konzept gegenüber kritische Haltung innehaben.

Da diese Arbeit sich auf die Untersuchung der Nutzung der TCM als einer bestimmten CAM-Methode bezieht, wurde dieser viel Raum gewährt. In Kapitel 4 wurde die TCM in ihren theoretischen Konzepten aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive vorgestellt. Wichtige Begriffe wie z.B. Yin und Yang wurden ebenso besprochen wie die verschiedenen Behandlungsmethoden. Außerdem wurden die TCM und die Biomedizin einander kurz gegenübergestellt und versucht einige wesentliche Unterschiede zu beleuchten. Weiters findet sich ein Überblick über die praktische Ausübung und Anwendung der TCM in Österreich im Hinblick auf

strukturelle Aspekte wie z.B. gesetzliche Rahmenbedingungen. Auch die Situation hinsichtlich der Ausbildung von TCM-AnwenderInnen wurde besprochen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war (zu versuchen) eine Theorie der Nutzung von medizinischen Ressourcen aufzustellen (vgl. Kapitel 5). Dazu wurde eine empirische Datenerhebung konzipiert, die mittels der Forschungsparadigmas der Grounded Theory unter Anwendung von verschiedenen qualitativen Forschungsmethoden (ExpertInnen-Befragung, narrative Interviews, teilnehmende Beobachtung) die Beantwortung der Fragestellung und die Bildung einer diesbezügliche Theorie ermöglichen sollte.

Nach einer umfassenden Literaturrecherche wurden ExpertInnen-Fragebögen für ÄrztInnen mit TCM-Ausbildungen erstellt und ausgegeben. Außerdem wurden narrative Interviews mit über verschiedene Wege rekrutierten Informantinnen geführt. Parallel zu diesen Erhebungen wurden über den gesamten Forschungszeitraum informelle Gespräche geführt und teilnehmend beobachtet. Diese Möglichkeit der Teilnahme ergab sich durch die berufliche Tätigkeit als Ordinationsassistentin in einer Arztpraxis, in der TCM-Methoden angewendet werden (vgl. Kapitel 5).

Die erarbeitete Theorie (vgl. Kapitel 5) wurde in Anlehnung an die Kernkategorie als „Theorie des integrierend-differenzierenden Ressourcenumganges“ benannt. Sie beschreibt das Nutzungsverhalten von NutzerInnen als ein Ressourcen-orientiertes, aktives Handeln, das von sich entwickelnden Kompetenzen und Fähigkeiten geprägt ist.

Die Hauptkategorien „kompetente Verantwortungsübernahme“, die „Differenzierung medizinischer Möglichkeiten“ und die „gelebte Ganzheitlichkeit“ verweisen auf die wesentliche Teilhabe von NutzerInnen am medizinischen Geschehen.

Die Nutzung der Ressource der TCM als von der Biomedizin in ihrem Welt- und Menschenbild zu unterscheidender therapeutischer Methode scheint einen allgemein ressourcen-orientierten Umgang mit Therapien und Methoden zu fördern und einen Raum für die Möglichkeit, wenn nicht die Notwendigkeit reflexiven Handelns zu eröffnen.

Aufgrund der eher geringen Datenmenge (vgl. Quellenverzeichnis) ist die erarbeitete Theorie nicht als repräsentativ anzusehen. Die herausgearbeiteten Tendenzen, die in

Kapitel 5 dargestellt wurden, müssten in einem größer angelegten Rahmen untersucht werden.

Die in der erstellten Theorie befundene Tendenz hinsichtlich der Art und Weise des Umganges mit medizinischen bzw. therapeutischen Ressourcen liesse sich im Sinne der „Grounded Theory“ in vielerlei Hinsicht verdichten.

Wie angesprochen versteht sich diese Arbeit als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen, die sich mit der Thematik der Nutzung medizinischer Ressourcen in einem medizinpluralistischen Zusammenhang beschäftigen. Die in der durchgeführten Untersuchung gewonnenen Ergebnisse hinsichtlich der in einem solchen Kontext zu erwerbenden und zum Einsatz gebrachten Fähigkeiten stellen hierbei einen wesentlichen Ansatzpunkt dar.

Diese in der Theorie herausgearbeiteten Kompetenzen könnten noch detaillierter untersucht werden, unter anderem im Hinblick auf demographische Aspekte, wofür größer angelegte eher quantifizierend konzipierte Studien in Frage kämen. Besonders interessant wäre in einem solchen größeren Rahmen das Auffinden von möglichen Widersprüchlichkeiten z.B. im Hinblick auf Unterschiede im Nutzungsverhalten, die sich nicht (nur) auf grundlegende Kategorien wie z.B. Gender oder Bildungsgrad beziehen. Das Beschreiben und Erklären solcher Unstimmigkeiten würde zu einer wesentlichen theoretischen Verdichtung führen.

In den aktuellen Diskursen der Medical Anthropology wesentliche theoretische Konzepte wie „Gender“ und „Transkulturalität“ bieten ebenfalls Ansätze die in dieser Arbeit festgestellten Tendenzen zu beforschen. Der Einfluss von Prozessen der Globalisierung auf die Art der Nutzung von CAM-Therapien könnte in weiteren Untersuchungen genauer herausgearbeitet werden. Ebenso könnte die Konzeption von transkultureller Praxis als Ausdruck von Globalisierungsprozessen näher beleuchtet und bearbeitet werden.

Des weiteren könnte unter anderem die Untersuchung der Nutzung anderer CAM-Methoden in diesem Lichte zielführend sein um der Frage nachgehen, in wie weit die spezifischen Merkmale verschiedener therapeutischer Methoden hemmend bzw. fördernd auf verschiedene Kompetenzen und sich aus diesen ergebenden Strategien und Handlungen auswirken.

## Literaturverzeichnis

AJZEN, I. / M. FISHBEIN. 1970. The Prediction of behaviour from attitudinal and normative variables. *Journal of Experimental Social Psychology*: 6: 466-487.

AMANN, K. / S. HIRSCHAUER . 1997. Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: AMANN, K. / S. HIRSCHAUER (Hg.). *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie*. Frankfurt: Suhrkamp: 7-52.

ANDERSEN, R. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*: 36 (1): 1-10.

ATTESLANDER, P. 2003. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Walter de Gruyter Verlag.

BAER, H. / SINGER, M. / I. SUSSER (Eds.). 2003. *Medical Anthropology and the World System*. Westport: Praeger.

BERNARD, H. 1995. *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*. London: Altamira.

BINDER-FRITZ, C. 2003. Gender, Körper und Kultur. Ethnomedizinische Perspektiven auf Gesundheit von Frauen. In: LUX, T. (Hg.) *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin - Medizinethnologie - Medical Anthropology*. Berlin: Reimer: 89-123.

BINDER-FRITZ, C. 2009. Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: RASKY, E. (Hg.) *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit*. Wien: Facultas: 28-44.

BLUFF, R. 2005. Grounded Theory. The methodology. In: HOLLOWAY, I. (Hg.). *Qualitative Research in Health Care*. Maidenhead: Open University Press: 147-168.

BLUMHAGEN, D. 1983. Hyper-tension: A folk illness with a medical name. *Medicine, Culture and Psychiatry*: 4: 197 – 227.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. <http://www.bmgfj.gv.at> (Zugriff am 28.03.2008).

CANT S. / U. SHARMA. 1999. *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*. London: UCL Press.

CHAMBERS, R. 1995. *Poverty and livelihoods: Whose reality counts?* Discussion paper 347. Brighton: Institute of Development Studies, University of Sussex.

CHENG, H. 2003. *Medizinischer Pluralismus und Professionalisierung. Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan*. Dissertation, Universität Bielefeld.

COMAROFF, J. 1982. *Medicine: Symbol and Ideology*. In: WRIGHT, P. / A. TREACHER (Eds.). 1982. *The Problem of Medical Knowledge*. Edinburgh: Edinburgh University Press: 49-68.

CRANDON-MALAMUD, L. 1991. *From the Fat of Our Souls. Social Change, Political Process and Medical Pluralism in Bolivia*. Berkeley: University of California Press.

DESCARTES, R. 1994 [1641]. *Meditationen über die Grundlagen der Philosophie*. Hamburg: Meiner.

DUNN, F. 1976. *Traditional Chinese Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems*. In: LESLIE, C. (Hg.). *Asian Medical Systems. A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press: 133-158.

ERIKSEN, T. 2001. *Small Places, Large Issues. An Introduction to Social and Cultural Anthropology*. London: Pluto Press.

ESTROFF, S. 1993. Identity, Disability, and Schizophrenia. The Problem of Chronicity. In: LINDEBAUM, S. and M. LOCK. 1993. Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life. Berkeley: University of California Press: 247-286.

FABRÉGA, H. 1997. Evolution of Sickness and Healing. Berkeley: University of California Press.

FOSTER, G. / B. ANDERSON. 1978. Medical Anthropology. New York: John Wiley & Sons.

FOUCAULT, M. 1977. Sexualität und Wahrheit 1. Der Wille zum Wissen. Frankfurt: Suhrkamp.

FRANKENBERG, R. 1980. Medical Anthropology and Development. A Theoretical Perspective. Social Science of Medicine: 14b (4): 197-207.

GASSER, V. 2004. TCM und Gesundheit. Einfluss der Art subjektiver Kontrollüberzeugungen und spezifischer Persönlichkeitsmerkmale auf das Gesundheitsverhalten von TCM-Klientinnen. Diplomarbeit, Universität Wien.

GAUGUSCH-UNGER, A. 2005. Welchen Stellenwert haben die asiatischen Heilmethoden in Österreich? Ist Arthur Kleinmans health-care-system als Modell für die Einordnung der asiatischen Heilmethoden in Österreich anwendbar? Diplomarbeit, Universität Wien.

GEEST, Sjaak van der. 1987. Unequal Access to Pharmaceuticals in Southern Cameroon. The Context of a Problem. In: JACKSON B. / A. UGALDE (Eds.). The impact of development and modern technologies in Third World Health. Williamsburg: Studies in Third World Societies: 141-168.

GLASER, B. / A. STRAUSS. 1967. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine.

GOOD, B. 1994. Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Cambridge (UK): Cambridge University Press.

HAMMERSLEY, M. / P. ATKINSON 1983. Ethnography. Principles in Practice. London: Tavistock.

HAN, G.-S. 2002. The Myth of Medical Pluralisms: A Critical Realist Perspective. Sociological Research Online: 6 (4): 92-112.

HAUSMANN-MUELA, S. / RIBERA, J. / I. NYAMONGO. 2003. Health-seeking behaviour and the health system response. DCPD Working Paper Nr. 14. <http://www.dcp2.org/file/29/wp14.pdf> (Zugriff am 22. Mai 2009).

HOLLOWAY, I. (Hg.). 2005. Qualitative Research in Health Care. Maidenhead: Open University Press.

JACKSON, J. 1994. Chronic Pain and the Tension between the Body as Subject and Object. In: CSORDAS, T. (Hg.). Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self. Cambridge: Cambridge University Press: 201-228.

KAPTCHUK, T. 1983. Das große Buch der chinesischen Medizin. Die Medizin von Yin und Yang in Theorie und Praxis. Bern: O. W. Barth Verlag.

KINDERMANN, A. 1998. Warum lassen sich Patienten in einer Klinik für TCM behandeln? Eine Motivationsstudie. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

KIRCHHOFF, S. 2006. Welches Menschenbild bestimmt das ärztliche Handeln in der Traditionellen Chinesischen Medizin. In: GIRKE, M. / HOPPE, J.-D. / MATHIESSEN, P. / S. WILLICH (Hg.). Medizin und Menschenbild. Das Verständnis des Menschen in Schul- und Komplementärmedizin. Köln: Deutscher Ärzte Verlag: 107 – 112

KLEINMAN, A. 1980. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press.

LAINE, M. 2000. Fieldwork, Participation and Practice. Ethics and Dilemmas in Qualitative Research. London: Sage.

LAO-TSE. 1985. Tao Te King München: DTV.

LEUNG, P. / XUE, C. / Y. CHENG (Hg.). 2006. Chinesische Medizin. Alte Heilkunst und moderne Wissenschaft. München: Urban & Fischer.

LISKA, A. 1984. A critical examination of the causal structure of the Fishbein/Ajzen attitude-behaviour model. Social Psychology Quarterly: 74 : 61 – 74.

LOUDON, J. 1976. Social Anthropology and Medicine. London: Academic Press.

LÜDERS, C. 2003. Beobachten im Feld und Ethnographie. In: FLICK, U. / KARDOFF, E. / I. STEINKE (Hg.). Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt: 384-401.

MacKIAN, S. 2001. A review of health seeking behaviour: problems and prospects. Internal concept paper. Health Systems Development Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine. London.

MARSTEDT, G. 2003. Alternative Medizin: Eine Bilanz aus Patientensicht. [http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Politik/Arbeit/Miller-Marstedt\\_Altwerden.pdf](http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Politik/Arbeit/Miller-Marstedt_Altwerden.pdf) (Zugriff am 22. Mai).

McELROY A. / P. TOWNSEND. 1989. Medical Anthropology in Ecological Perspective. London: Westview Press.

MEYER et al. 1997. World Society and the Nation State. The American Journal of Sociology: 103: 144-181.

MINIARD, P. / J. COHEN. 1981. An examination of the Fishbein-Ajzen behavioural intentions model's concept and measures. *Journal of Experimental Social Psychology*: 17: 309 – 339.

MORSY, S. 1990. Political Economy in Medical Anthropology. In: JOHNSON, T. / C. SARGENT (Eds.). *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Westport: Praeger Publishers: 26-46.

NAJARIAN, C. 2004. Healers, Holy Books, Mountains and Gardens: Ethnography of Medical Pluralism in Armenia, a Post Soviet Republic. Dissertation, Brunel University.

NEEDHAM, J. 1981. *Science in Traditional China. A Comparative Perspective*. Cambridge : Harvard University Press.

PARSONS, T. 1951. *The Social System*. London: Routledge & Kegan Paul.

PEDERSEN, D. / V. BARUFFATI. 1989. Healers, Deities, Saints and Doctors. Elements for the analysis of medical systems. *Social Science and Medicine*: 29 (4): 487 – 496.

PRESSER, M. 2006. Traditionelle Chinesische Medizin im österreichischen Gesundheitssystem – Strukturelle Rahmenbedingungen und Anwendung in der ärztlichen Praxis. Diplomarbeit, Universität Wien.

RIGLER, A. 1999. Ein Vergleich des Modells der wohldurchdachten Handlung, des Modells des geplanten Verhaltens und eines erweiterten Modells des geplanten Verhaltens in den Bereichen Gesundheit und Umwelt. Diplomarbeit, Universität Wien.

RIVERS, W. H. 2001 [1924]. *Medicine, Magic and Religion*. London: Routledge.

ROMANUCCI-ROSS, L. 1969. The Hierarchy of Resort in Curative Practices. The Admiralty Islands, Melanesia. *Journal of Health and Social Behaviour*: 10: 201-209.

RYAN, G. 1998. What do sequential behavioural patterns suggest about the medical decision-making process? Modelling home case management of acute illnesses in a rural Cameroonian village. *Social Science and Medicine*: 46 (2): 209-225.

SAID, E. 2003 [1978]. *Orientalism*. London: Penguin.

SHAFFIR, W. / R. STEBBINS. 1991. *Experiencing Fieldwork. An Inside View of Qualitative Research*. Beverly Hills: Sage Publications.

SHARMA, U. 2000. Medical Pluralism and the Future of CAM. In: KELNER, M. / B. WELLMAN (Eds.). *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers: 211-223.

SHEERAN, P. / C. ABRAHAM. 1995. The Health Belief Model. In: CONNER, M. / P. NORMAN (Hg.). *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press: 23-61.

STRAUSS, A. / J. CORBIN. 1996. *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.

SUCHMAN, E. 1965. Stages of Illness and Medical Care. *Journal of Health and Social Behavior*: 6: 114 – 128.

SZASZ, T. / M. HOLLENDER. 1956. A Contribution to the Philosophy of Medicine. The Basic Models of Doctor-Patient Relationship. *Archives of Internal Medicine*: 97: 585-592.

TANNER, M. / C. VLASSOFF. 1998. Treatment-seeking behaviour for malaria: a typology based on endemicity and gender. *Social Science and Medicine*: 46 ( 4-5): 523-532.

TAYLOR, M. 2005. Interviewing. In: HOLLOWAY, I. (Hg.). *Qualitative Research in Health Care*. Maidenhead: Open University Press: 39-56.

THALER, M. / M.-L. PLANK. 2005. Heilmittel und Komplementärmedizin in der Krankenversicherung. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

TUCKETT, D. 1977. Medical Sociology. London: Tavistock.

UNSCHULD, P. 2003. Was ist Medizin? Westliche und Östliche Wege der Heilkunst. München: Verlag C. H. Beck.

UNSCHULD, P. 2005. Das Heil der Mitte. Theorie und Praxis, Ursprung und Gegenwart der Medizin in China. München: VDS.

WALLNER, F. 1990. Acht Vorlesungen über den Konstruktiven Realismus. Wien: WUV Universitätsverlag.

WHO. 2001. Legal status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine. A worldwide review. Genf.

WOLF, E. 1997. Europe and the People Without History. London: University of California Press Ltd.

## **Verzeichnis der Abbildungen:**

Abbildung 1: Traditionelles Yin-Yang-Symbol (Kaptchuk 1983: 25)

Abbildung 2: Nährzyklus (Kaptchuk 1983: 392)

Abbildung 3: Kontrollzyklus (Kaptchuk 1983: 398)

Abbildung 4: Die Dickdarm-Leitbahn und die zugehörigen Stechpunkte (Kaptchuk 1983: 101)

Abbildung 5: Rohstoffe für Chinesische Arzneipräparate ([www.medchin.at](http://www.medchin.at))

Abbildung 6: Tui Na, Handschrift aus dem 19. Jahrhundert (Unschuld 2005: 170)

Abbildung 7: Beispiel für die Kodierung der Daten nach der Grounded Theory

Abbildung 8: Strukturierung des Forschungsfeldes

Abbildung 9: Beispiel für offenes Kodieren

Abbildung 10: Beispiel für axiales Kodieren

Abbildung 11: Beispiel für axiales Kodieren

Abbildung 12: Darstellung der Kernkategorie und deren Hauptkategorien

Abbildung 13: Darstellung der Kategorie „kompetente Verantwortungsübernahme“

Abbildung 14: Darstellung der Kategorie „verunsicherte Non-Compliance“

Abbildung 15: Darstellung der Kategorie „Kompetenzorientiertes Vertrauen“

Abbildung 16: Bewusstwerdungsprozess

Abbildung 17: Darstellung der Kategorie „Wissen um Veränderungspotentiale als Gesundheitsvorsorge“

Abbildung 18: Darstellung der Kategorie „reflexive Umgangskompetenz“

Abbildung 19: Darstellung der Kategorie „Integration von Dualismen“

## **Verzeichnis der Tabellen**

Tabelle 1: Biomedizinische Fachrichtungen der befragten TCM-AnbieterInnen

Tabelle 2: Orte der TCM-Ausbildung der befragten TCM-AnbieterInnen

Tabelle 3: Häufige von den befragten TCM-AnbieterInnen genannte Beschwerdeanlässe

Tabelle 4: Art der Nutzung von Biomedizin

## Internetquellen:

Acupuncture and Integrative Medicine College, Berkeley  
<http://www.aimc.edu/UserFiles/File/curriculum-mapv0707.pdf>  
Zugriff am 22. Mai 2009.

Akademie der Ärzte  
<http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/chinmedizin-arzneitherapie>  
Zugriff am 21. Mai 2009.

Akademie der Ärzte  
<http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/grundsatzliches>  
Zugriff am 21. Mai 2009.

Akademie der Ärzte  
<http://www.arztakademie.at/oeaek-diplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/akupunktur>  
Zugriff am 21. Mai 2009.

BMGFJ  
[www.bmfgj.gv.at](http://www.bmfgj.gv.at)  
Zugriff am 28. März 2008.

In Cites  
<http://in-cites.com/papers/DrRonAndersen.html>  
Zugriff am 21. Mai 2009.

Medizinische Gesellschaft für Chinesische Gesundheitspflege in Österreich  
<http://www.medchin.at>  
Zugriff am 21. Mai 2009.

Medizinische Gesellschaft für Chinesische Gesundheitspflege in Österreich  
<http://www.medchin.at/uploads/media/KurzberichtTerminologyWorkshopBeijing2007.pdf>  
Zugriff am 21. Mai 2009.

Österreichische Ärztekammer  
<http://www.aerztekammer.at/index.php?aid=ADRESSEN&type=article>  
Zugriff am 22. Mai 2009.

Österreichische Gesellschaft für Akupunktur  
<http://www.akupunktur.at/oegaa/foeginfo.htm>  
Zugriff am 21. Mai 2009.

Southwest Acupuncture College  
[http://www.acupuncturecollege.edu/masters\\_program.html](http://www.acupuncturecollege.edu/masters_program.html)  
Zugriff am 22. Mai 2009.

Taiji und Qigong Gesellschaft Österreich

<http://www.tqg.at/angebot/taijiqian>

Zugriff am 23. Mai 2009.

TCM Akademie

<http://www.tcm-academy.org/TCM/HTML-PAGES/MAIN/PRESSE/kurier-main.htm>

Zugriff am 22. Mai 2009.

TCM Universität

<http://tcm-university.edu/UNI/PDF/BachelorinTuina.pdf>

Zugriff am 20. Mai 2009.

Tri State College of Acupuncture

<http://www.tsca.edu/ps1-1.htm>

Zugriff am 22. Mai 2009.

Wiener Schule für Traditionelle Chinesische Medizin

[http://www.wstcm.at/tcm-ernaehrung-08/ernaehrungsskurs\\_2008.html](http://www.wstcm.at/tcm-ernaehrung-08/ernaehrungsskurs_2008.html)

Zugriff am 21. Mai 2009.

# **Quellenverzeichnis**

## **Befragungen**

### **Narrative Interviews:**

Interview mit Informantin A, geführt am 13. Mai 2008. (I1)

Interview mit Informantin B, geführt am 20. Mai 2008. (I2)

Interview mit Informantin C, geführt am 23. Mai 2008. (I3)

Interview mit Informantin D, geführt am 09. Juli 2008. (I4)

### **Fragebögen:**

F1 – F 18

Im Zeitraum von August 2007 bis Oktober 2007 ausgesandt.

## **Forschungstagebuch**

Dokumentierte informelle Gespräche (IG)

Im Zeitraum von September 2007 bis Juli 2008 geführt.

# Anhang

## A. 1. Leitfaden für das narrative Interview

### Erste Erfahrungen mit TCM

Wie war das, als Sie das erste Mal TCM in Anspruch genommen haben?  
Welche Therapien haben Sie genau bekommen?  
Wie haben Sie die TCM erlebt?

### Erfahrungen mit Biomedizin

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Schulmedizin gemacht?  
Hat Sie etwas gestört?  
Was hat Ihnen gefallen?

### Erfahrungen mit anderem CAM-Methoden

Haben Sie andere Komplementär-Methoden ausprobiert?  
Welche Erfahrungen haben Sie mit anderen Komplementär-Methoden gemacht?  
Hat Sie etwas gestört?  
Was hat Ihnen gefallen?

### Potentielles Gesundheitsverhalten

Wenn Sie sich krank fühlen, wohin wenden Sie sich?  
Wonach entscheiden Sie, wohin Sie sich wenden?

### Krankheitsbegriff, Menschenbild

Was bedeutet Gesundheit für Sie?  
Was bedeutet Krankheit für Sie?  
Was bedeutet Heilung für Sie?

## A. 2. ExpertInnen - Fragebogen

1. Bitte geben Sie Ihre medizinische(n) Fachrichtung(en) an:

---

2. Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer TCM-Ausbildung:

Art der Ausbildung: \_\_\_\_\_

Dauer der Ausbildung: \_\_\_\_\_

Ort(e) der Ausbildung: ::: \_\_\_\_\_

3. Welche sonstigen medizinischen Ausbildungen haben Sie gemacht / machen Sie gerade?

---

4. An welchen Orten sind Sie als Mediziner/in tätig?

(Mehrfachnennungen möglich)

Privatpraxis (allein)    Privatpraxis (Gemeinschaft)    Spital

sonstige:

---

5. An welchem Punkt im Krankheitsprozess kommen und kamen die PatientInnen, die Sie mit TCM behandeln, zu Ihnen?

(Bitte geben Sie Ihre Schätzung in Prozent an!)

Beginn der Krankheit: \_\_\_\_\_ Prozent der Patienten

Fortgeschrittene Erkrankung: \_\_\_\_\_ Prozent der Patienten

6. Gibt es Erkrankungen von denen Ihre PatientInnen, die Sie mit TCM behandeln, besonders häufig betroffen sind?

nein    ja: welche? \_\_\_\_\_

7. Welche Einstellungen, Ängste oder Wünsche äußern Ihre PatientInnen, die Sie mit TCM behandeln, zu Beginn der Behandlung über TCM?

---

---

8. Wie beurteilen Sie das Vorwissen, das Ihre PatientInnen, die Sie mit TCM behandeln, über die TCM in die Behandlung mitbringen?

(Bitte stufen Sie auf einer Skala von 1 = umfassendes Wissen vorhanden bis 5 = kein Vorwissen vorhanden ab und geben Sie Ihre Schätzung in Prozent an!)

\_\_\_\_\_ Prozent der Patienten    \_\_\_\_\_ Prozent der Patienten    \_\_\_\_\_ Prozent der Patienten

\_\_\_\_\_ Prozent der Patienten    \_\_\_\_\_ Prozent der Patienten

9. Welche Probleme sehen Sie beim Einsatz der TCM in Österreich?

---

---

10. Welche Chancen sehen Sie beim Einsatz der TCM in Österreich?

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## **A. 3. Musterblatt zur Kategorienbildung anhand Interview mit Informantin C (I3)**

### **Kategorie: informeller Erstkontakt**

Zugang über Akupressur der Mutter  
Informelles Ausprobieren

### **Kategorie: Erfolgserfahrungen (mit TCM)**

Positive Erfahrungen  
Erfolgserfahrungen  
Positive Erfahrungen mit informellem Ausprobieren  
Erfolgserfahrungen mit Allergie  
Erfolgswahrnehmung  
Positive Erfahrungen mit TCM  
Besserung durch Nadelakupunktur

### **Kategorie: kompetenzorientiertes Vertrauen**

Vertrauen in Ehrlichkeit und Kompetenz des TCM – Behandlers  
Vertrauen durch persönliche Beziehung zu TCM – Behandler  
Vertrauen in Erfolg mit chronischem Leid

### **Kategorie: kompetenzorientierte Problematisierung (von TCM)**

Ausbildung des TCM – Behandlers  
Rahmen der Tätigkeit des TCM – Behandlers  
Status des TCM – Behandlers  
Rechtliche Situation von TCM – Behandler

Skepsis gegenüber westlichen TCM-Anwendern  
Skepsis gegenüber Zugang  
Skepsis gegenüber westlichen TCM-Anwendern  
Kompetenz der westlichen TCM-Anwender  
Skepsis gegenüber Motiven von westlichen TCM-Anwendern

## Abstract

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Phänomen des Gesundheitsverhaltens im Kontext der Nutzung der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) in Österreich. Von der Frage angeleitet, auf welche Art und Weise NutzerInnen mit der medizinischen Ressource TCM umgehen, wurde eine ethnographische Datenerhebung in Wien durchgeführt. Dazu wurden einerseits ExpertInnen-Befragungen mit TCM-AnbieterInnen geführt. Andererseits wurden Gespräche mit zwei Gruppen von TCM-NutzerInnen geführt (PatientInnen einer Arztpraxis für Biomedizin und TCM; separat ausgewählte NutzerInnen von TCM) und in der Arztpraxis für Biomedizin und TCM ferner mit der Methode der teilnehmenden Beobachtung gearbeitet.

Mittels der Analyse der erhobenen Daten wurde versucht ein theoretisches Modell der Nutzung medizinischer Ressourcen zu entwickeln. Dabei wurden folgende wesentliche Aspekte identifiziert. Die Nutzung medizinischer Ressourcen ist als aktives, Ressourcen-orientiertes Handeln zu verstehen, dass von der Entwicklung verschiedener Kompetenzen der NutzerInnen geprägt ist. Diese Kompetenzen beziehen sich auf gesundheitsbezogenes Handeln (Gesundheitskoordination, Eigenbehandlung, Verantwortungsübernahme, Ressourcendifferenzierung), selbstbezogenes Handeln (Beschwerdendifferenzierung, Reflexive Kompetenz).

In weiteren Untersuchungen könnten die gewonnenen Ergebnisse hinsichtlich verschiedener Variablen wie z.B. Gender und / oder Alter bearbeitet werden.

This thesis deals with health seeking behaviour in the context of the utilization of Traditional Chinese Medicine (TCM) in Austria. To answer the research question of how people are making use of this medical resource, ethnographic field research was conducted in Vienna. Expert interviews with TCM-providers were done for this purpose, as well as qualitative interviews with two separate groups of TCM-users (patients in a private practice; users outside of this practice). At the private practice participant observation was also used as a method.

Through analyses a theoretical model was established to explain the utilization of medical resources. Certain important aspects were discovered hereby. Utilization of medical resources can be defined as active and resource-oriented. Various skills and competences are being developed by users in the process. Health related skills such as coordination of health, self-treatment and taking on responsibility play a major role. Other skills like reflection (on self, on ailments) that revolve more around the users per se are important as well.

Further studies should control for variables like gender and / or age to further explain the phenomena.

# Lebenslauf

Geburtsdatum: 19. Februar 1984.

Geburtsort: Wien.

## Ausbildung

1994 – 1999.

Besuch des Sigmund-Freud-Gymnasiums.

1999 – 2002.

Besuch der Sir-Karl-Popper-Schule.

Juni 2002.

Matura an der Sir-Karl-Popper-Schule.

Oktober 2002 – Juni 2009.

Studium der Kultur- und Sozialanthropologie mit Schwerpunkt Medical Anthropology an der Universität Wien.

Seit September 2007.

Lehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum an der Universität Wien.

## Berufliche Erfahrung

August – September 2007.

Praktikum bei der Erzdiözese der Caritas Wien im Bereich AusländerInnen-Hilfe (Abteilung Rückkehrhilfe).

September 2007 – Juli 2008.

Ordinationsassistentin in einer Praxis für Allgemeinmedizin in Wien.

Seit Oktober 2008.

Mitarbeiterin der Wiener Sozialdienste im Bereich Mobile Betreuung von älteren, behinderten und psychisch kranken Personen.