



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Wu ji bai feng wang, Parkemed und Ingwer.

**Medizinpluralismus im Bereich der Frauenheilkunde
unter chinesischen Studentinnen.**

Verfasserin
Astrid Glatz

angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag^a. phil)

Wien, im Oktober 2010

Studienkennzahl: A 307
Studienrichtung: Kultur- und Sozialanthropologie
Betreuerin: Dr. Christine Binder-Fritz

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Einleitung | 1 |
| 1.1. | Forschungsfrage: Medizinpluralismus in der Frauenheilkunde | 1 |
| 1.2. | Einbettung in ein Forschungsprojekt | 3 |
| 1.3. | Zielsetzungen und Beitrag zur Wissenschaft | 3 |
| 1.4. | Die nachfolgenden Kapitel | 4 |
| I | THEORETISCHE EINBETTUNG | 7 |
| 2. | Frauenforschung und Frauengesundheit | 7 |
| 2.1. | Die ethnologische Frauenforschung | 7 |
| 2.2. | Gender und Frau-Sein | 10 |
| 2.3. | Frauengesundheit: Forschungsfeld und Themen | 11 |
| 3. | Medical Anthropology | 14 |
| 3.1. | Begriffsklärung und Modelle | 16 |
| 3.1.1. | Westliche Medizin und Biomedizin | 16 |
| 3.1.2. | Traditionelle chinesische Medizin oder chinesische Medizin | 18 |
| 3.1.3. | Medizinsystem (medical system) | 18 |
| 3.1.4. | Health care system | 20 |
| 3.1.5. | Medizin: Medikamente und Heilmittel | 22 |
| 3.1.6. | Erklärungsmodell | 23 |
| 3.1.7. | Körper und embodiment | 24 |
| 3.2. | Das Phänomen Medizinpluralismus | 25 |
| 3.2.1. | Die Entstehung des Konzepts „Medizinpluralismus“ | 26 |
| 3.2.2. | Health-seeking behaviour | 29 |
| 3.2.3. | Lay referral group | 31 |
| 3.3. | Medikamente in einer globalisierten Welt | 32 |
| 4. | Medizinpluralismus in China | 34 |
| 4.1. | Die Geschichte zweier Medizinsysteme in China | 35 |
| 4.2. | Basis-Konzepte der traditionellen chinesischen Medizin | 38 |
| 4.2.1. | Das Konzept der Harmonie | 38 |
| 4.2.2. | Das Konzept <i>qi</i> | 39 |
| 4.2.3. | Ethnodietetics – Nahrung als Heilmittel | 40 |
| 4.3. | Health-seeking behaviour in China | 42 |
| 4.3.1. | Westliche und chinesische Medizin | 43 |
| 4.3.2. | Der häufige Wechsel der Ärztin bzw. des Arztes | 44 |
| 4.3.3. | Health-seeking behaviour bei Menstruationsbeschwerden | 45 |
| 5. | Migration und Gesundheit | 45 |
| 5.1. | Barrieren im Gesundheitssystem | 47 |
| 5.2. | Health-seeking behaviour chinesischer MigrantInnen | 48 |
| 6. | Chinesische Migration nach Europa | 51 |
| 6.1. | „New migrants“ | 51 |
| 6.2. | Chinesische Emigration im Wandel der Zeit | 52 |
| 6.3. | Chinesische StudentInnen und „migranhood“ | 53 |
| 6.4. | StudentInnen in Wien | 54 |
| II | FELDFORSCHUNGSPROZESS | 57 |
| 7. | Thema und Fragestellung(en) | 57 |
| 8. | Forschungsdesign und Methode | 59 |

| | | |
|---|---|-----|
| 8.1. | Ethnografische Datenerhebung | 59 |
| 8.2. | Das Interview | 60 |
| 8.3. | Medikamente als Untersuchungsgegenstände..... | 66 |
| 8.4. | Literaturrecherche | 66 |
| 9. | Feldforschungsprozess | 66 |
| 9.1. | Auswahl der Interviewpartnerinnen | 67 |
| 9.2. | Zugang zum Feld..... | 68 |
| 9.3. | Durchführung der Datenerhebung..... | 69 |
| 9.4. | Meine Interviewpartnerinnen | 70 |
| 9.5. | Positionierung im Feld | 72 |
| 9.6. | Forschung am eigenen Leib erfahren | 73 |
| 9.7. | Ethik in der Forschung | 74 |
| 10. | Analyseinstrumente..... | 74 |
| III ERGEBNISSE | | 77 |
| 11. | Medizinpluralismus in der Frauenheilkunde..... | 77 |
| 11.1. | Westliche und chinesische Medizin | 77 |
| 11.2. | Medizinpluralismus in der Frauenheilkunde..... | 80 |
| 12. | Selbstbehandlung in einer globalisierten Welt..... | 80 |
| 12.1. | Erfahrungsschatz | 82 |
| 12.2. | Informationsfluss..... | 83 |
| 12.2.1. | Medien als Informationsquellen..... | 83 |
| 12.2.2. | Lay referral group..... | 85 |
| 12.3. | Organisation und Beschaffung von Medikamenten | 86 |
| 12.3.1. | Vertriebsorte von Medizin | 87 |
| 12.3.2. | Importierte Medikamente aus China | 87 |
| 12.3.3. | Soziale Netzwerke für Medikamentenbeschaffung..... | 89 |
| 12.4. | Ernährung | 90 |
| 13. | Zugang zu ÄrztInnen..... | 92 |
| 13.1. | TCM-ÄrztInnen..... | 94 |
| 13.2. | Gynäkologie | 96 |
| 14. | Gynäkologische Probleme..... | 109 |
| 14.1. | Menstruationsbeschwerden | 110 |
| 14.1.1. | Schmerzmittel..... | 112 |
| 14.1.2. | Chinesische Medizin | 113 |
| 14.1.3. | Nahrung als Regulativ | 122 |
| 14.1.4. | Individuelle Strategien | 127 |
| 14.1.5. | Zusätzliche Maßnahmen | 127 |
| 14.1.6. | Ärztliche Therapie..... | 128 |
| 14.2. | Andere gynäkologische Erkrankungen | 130 |
| 14.2.1. | Vaginale Blutungen und die lay referral group | 131 |
| 14.2.2. | „Das ist schon operationsbedürftig“ | 132 |
| 14.2.3. | Drei Fälle von Blasenentzündungen | 134 |
| 14.2.4. | Diskussion | 136 |
| 15. | Verhütungsmittel als Medikamente | 137 |
| 16. | Resümee | 145 |
| Quellenverzeichnis..... | | 153 |
| Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen..... | | 165 |
| Anhang..... | | 167 |

1. Einleitung

Der komplexe Begriff „China“ löst in jedem von uns andere und meist zahlreiche Konnotationen aus, durch die ein vereinfachtes Bild von einem so vielfältigem Land gezeichnet wird, wie es China darstellt: da mögen Vorstellungen und Wissen über den wirtschaftlichen Wachstum des Landes, über Menschenrechte, Tourismus und Umweltthematiken, über kulturelle Vielfalt und vieles mehr vor dem inneren Auge auftauchen. Wer China bereits bereist hat, wird tiefere Einblicke in das Land und seine BewohnerInnen gewonnen haben, und sich nicht allein an Bildern und Informationen festhalten müssen, die von den Medien und von Erzählungen Anderer geliefert werden.

Meine Verbindung zu China bestand anfangs in meiner Schwägerin, die vor einigen Jahren aus China nach Österreich emigriert ist. Sie war mitunter ein Sprachrohr für das China, das ich persönlich noch nicht kennen gelernt habe, und eine Kulturvermittlerin, die mir Aspekte des kulturellen und sozialen Lebens Chinas zeigte. Ihr Leben hat sich durch die Emigration in allen Bereichen verändert und an die neue Lebenssituation adaptiert. Sie ist mit einem Rucksack voll Wissen und Gewohnheiten nach Österreich gekommen und hat diese „unpacken“, adaptieren, und rekontextualisieren müssen.

Das Leben meiner Schwägerin ist eine von zwei Inspirationen für diese Diplomarbeit: sie ist eine Brücke zu dem Themenbereich, den ich bearbeite. Die zweite Motivation für das Thema der vorliegenden Arbeit ist das FWF-Projekt V90-G14 „Asiatische Migrantinnen in Österreich: Gender, Körper, Gesundheit und Versorgung“, das von Dr. Christine Binder-Fritz am Institut für Public Health / Institut für Ethnomedizin geleitet wird, und von dem ich im Rahmen eines Seminars am Institut erfuhr. Die Möglichkeit meine Diplomarbeit im Rahmen eines Forschungsprojektes zu schreiben, hat dieser formalen Abschlussarbeit einen sinnvollen Gehalt gegeben.

1.1. Forschungsfrage: Medizinpluralismus in der Frauenheilkunde

Ich möchte mich in der vorliegenden Arbeit mit Medizinpluralismus, also dem Nebeneinanderbestehen von mehreren Medizinsystemen innerhalb einer Gesellschaft, sowie dem health-seeking behaviour – dem Gesundheitsverhalten und der Nutzung dieser Medizinsysteme – von chinesischen Studentinnen im Bereich der Frauenheilkunde beschäftigen. Dabei stellen verschiedene Medizinsysteme (in Österreich und China) die Ressourcen dar, die chinesischen Studentinnen zur Nutzung zur Verfügung stehen.

Der Kontext für das Gesundheitsverhalten stellt die institutionelle Verankerung von der westlichen und der traditionellen chinesischen Medizin in China dar. Sozialisation und der Erwerb von Wissen, Erfahrung und Körperkonzepten in China prägen das (Gesundheits-) Verhalten von Personen. Durch die Emigration nach Österreich wird vorhandenes Wissen im Falle einer Erkrankung angewandt, adaptiert sowie auch neues Wissen erworben. Interessant ist also die Frage des health-seeking behaviours (Gesundheitsverhalten), ob und in welchen Fällen welche Art von ärztlicher Hilfe (TCM-ÄrztInnen, GynäkologInnen, HausärztInnen etc.) aufgesucht wird, in welchem Ausmaß das soziale Umfeld als Ratgeber und Informationsressource dient und inwiefern Selbstbehandlung angewandt wird. Das health-seeking behaviour wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, auf die ich im Laufe meiner Arbeit eingehen werde.

Wir befinden uns in einer globalisierten Gesellschaft, in der Menschen, Ideen, Informationen und Waren reisen – dieser Zusammenhang ist wichtig, wenn es um die Beschaffung von Medikamenten und Informationen geht. Daher stelle ich mir auch die Frage: Woher kommt das Wissen der Frauen um bestimmte Behandlungsmethoden und Medikamente? Und woher stammen die Medikamente, die sie benutzen?

Die Frauenheilkunde stellt einen Bereich dar, der von vielen Frauen als sehr sensibel eingestuft wird. Der Umgang mit und die Einstellung zum eigenen weiblichen Körper werden von kulturellen und gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst. Wichtig ist es hier Körperkonzepte und die Vielfalt der Erfahrungen von chinesischen Frauen zu kennen, um ihren Umgang mit der Frauenheilkunde verstehen zu können. Deshalb beschäftige ich mich mit den grundlegenden Konzepten der traditionellen chinesischen Medizin. Ich versuche herauszufinden, welche gynäkologischen Beschwerden oder Frauenkrankheiten die Frauen an sich selber verorten („illness“), welche Erklärungskonzepte sie für die Entstehung und Entwicklung einer Erkrankung haben, und vor allem wie ihr Umgang mit diesem, das health-seeking behaviour, aussieht.

Medizinpluralismus ist ein komplexes Phänomen, mit vielen Verknüpfungen und Verzweigungen, die sich über die ganze Welt erstrecken, und sich doch in den Handlungen einzelner Personen widerspiegeln. Ich möchte nun in dieser Arbeit versuchen, mit Hilfe von Literatur und Feldforschung einen Teil dieses dynamischen Knotens zu entwirren und zu erklären, wie chinesische Studentinnen die Frauenheilkunde verschiedener Medizinsysteme für sich nutzen.

1.2. Einbettung in ein Forschungsprojekt

Meine Diplomarbeit wurde erstellt im Rahmen des von Dr. Christine Binder-Fritz konzipierten und geleiteten FWF-Projekts¹ „Asiatische Migrantinnen in Österreich: Gender, Körper, Gesundheit und Versorgung“. Die Stimmen asiatischer Frauen sollen gehört werden, und sie sollen aus ihrer Perspektive erzählen können. Ziel des Projekts ist es mittels Interviews Zugang zu dem Wissen, den subjektiven Erfahrungen und Einstellungen asiatischer Frauen aus China, Thailand, Kambodscha, Vietnam und Laos zu den Themen Gender, Körperkonzepte, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Verwendung von medizinischen und pharmazeutischen Produkten, Erfahrungen mit Gesundheits- und Medizinsystemen und Pflege zu erheben. Im Rahmen des Projekts habe ich mein Diplomarbeitsthema definiert und dazu mittels Interviews Daten erhoben. Ich sehe meinen Zugang als einen explorativen an, da die Gruppe asiatischer Migrantinnen im Gesundheitssystem noch sehr wenig erforscht wurde.

Durch die Methode des Interviews sollen nicht die institutionalisierten Medizinsysteme beschrieben werden, sondern die Einstellungen und Wahrnehmung sowie Verhaltensweisen von individuellen Personen: „the perspectives that inform ordinary peoples’ assumptions and practices about health“ (Janzen 2002: 52).

1.3. Zielsetzungen und Beitrag zur Wissenschaft

Der Zugang zum Gesundheitssystem in Österreich ist für MigrantInnen mit einigen Hürden belegt, wie zum Beispiel sprachliche Barrieren, Kommunikationsschwierigkeiten, kulturelle Unterschiede, Informationsdefizite über das Gesundheitssystem und seine Angebote. Die strukturellen Voraussetzungen für einen einfacheren Zugang zum Gesundheitssystem für MigrantInnen müssen noch erheblich verbessert werden. Auch transkulturelle Kompetenzen sind für biomedizinische Institutionen und ihre MitarbeiterInnen wesentlich, um mit den Herausforderungen einer globalisierten Gesellschaft umgehen zu können. Spezifische Studien über unterschiedliche Krankheits- und Körperkonzepte, kulturelle Hintergründe von PatientInnen und damit über verschiedene Vorstellungen und Erwartungen von Behandlung und Heilung sind großteils noch ausständig.

¹ Das Projekt wurde gefördert durch den Wissenschaftsfonds – FWF als Elise-Richter-Projekt an der Medizinischen Universität Wien.

Hier ist also Handlungsbedarf angesagt, um die Bedingungen für MigrantInnen zu erleichtern. Studien im ethnomedizinischen Bereich sind eine Voraussetzung, reichen aber alleine nicht aus, denn dieses Wissen muss durch Schulungen in der Aus- und Weiterbildung an biomedizinisches Personal, an ÄrztInnen sowie Pflegepersonal weitergegeben werden.

Das Ziel des Projekts „Asiatische Migrantinnen in Österreich: Gender, Körper, Gesundheit und Versorgung“ ist es, genau bei diesem Bedarf anzusetzen. Das Wissen, das innerhalb des Projekts generiert wird, liefert einen Beitrag zu Verbesserungen im Gesundheitssystem für asiatische Migrantinnen. Die Ergebnisse der groß angelegten Studie sollen durch Schulungen für die Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal genutzt werden. Die von mir durchgeführten Interviews und Forschungsergebnisse fließen in das FWF-Projekt ein, und somit habe ich die Möglichkeit durch meine Mitarbeit Teil eines wissenschaftlichen Prozesses zu sein.

Der derzeitige Diskurs der deutschsprachigen Medical Anthropology nimmt eine globale Perspektive ein, und wirft ihren Blick auf Prozesse der Globalisierung in Zusammenhang mit medizinischen Themen (vgl. Wolf/Ecks/Sommerfeld 2007: 151f). Ich reihe damit meine Studie in die gegenwärtigen Forschungsprozesse ein.

1.4. Die nachfolgenden Kapitel

Zu Beginn möchte ich mich positionieren und meinen theoretischen Zugang beschreiben. Ich verorte diese Arbeit einerseits in der Frauenforschung, da ich in meiner Position als weibliche Forscherin das Thema Frauengesundheit behandle. Dabei finde ich es von Belang, einen geschichtlichen Abriss der ethnologischen Frauenforschung, in Abgrenzung zu den Gender Studies zu geben, auf die Marginalisierung von Frauen als Wissenschaftlerinnen wie auch als beforschte Gruppe hinzuweisen und schließlich das Feld Frauengesundheit zu besprechen (Kapitel 2).

Andererseits verorte ich mich in der Medical Anthropology. In Kapitel 3 werde ich wesentliche Begriffe klären und die Konzepte von Medizinsystem und health care system beschreiben. Des weiteren werde ich kurz auf die Entstehung der Medical Anthropology eingehen, um den Faden weiter Richtung konzeptueller Entwicklung des Phänomens Medizinpluralismus laufen zu lassen. Dabei werde ich vor allem Arthur Kleinmans Struktur des health care systems sowie die Reise der Materia Medica besprechen.

Dem folgt der kulturelle und soziale Kontext meines Forschungsfeldes über Medizinpluralismus in China (Kapitel 4) und dessen Entstehung sowie Basis-Konzepte der

traditionellen chinesischen Medizin und Komplementärnützung innerhalb Chinas. Kapitel 5 „Migration und Gesundheit“ beschreibt die Barrieren im hiesigen Gesundheitssystem und health-seeking behaviour von MigrantInnen. Im nachfolgenden Kapitel (Kapitel 6) gehe ich auf die Emigration aus China ein, und möchte StudentInnen als Teil eines neuen, heterogenen Migrationsmuster verstehen, und ihren Zustand als „migranhood“ definieren.

Das nächste Abschnitt dieser Arbeit befasst sich mit dem Feldforschungsprozess und beschreibt meine Fragestellung und klärt Definitionen (Kapitel 7), stellt das Forschungsdesign (Interviews, Entwicklung des Leitfragebogens, informelle Gespräche etc.) in Kapitel 8 dar und in Kapitel 9 den Forschungsprozess an sich vor, um das Zustandekommen der Ergebnisse ausführlich zu beschreiben. Danach werde ich die Analyseinstrumente (Kapitel 10) darstellen. Der empirische Teil präsentiert die Ergebnisse meiner einjährigen Forschung. Hierbei wird zuerst der strukturelle Rahmen kurz besprochen, um auf die allgemeine Komplementärnützung zweier Medizinsysteme meiner Informantinnen einzugehen (Kapitel 11). Danach bespreche ich einerseits den Populärsektor, also die Selbstbehandlung, zu der das Informationsmanagement und die Beschaffung von Medikamenten sowie die Behandlung mittels Ernährung zählen (Kapitel 12), und den professionellen Sektor, den Zugang zu ÄrztInnen (Kapitel 13) – sowohl zu TCM-ÄrztInnen als auch zur Gynäkologie.

Danach werde ich gynäkologische Beschwerden meiner Interviewpartnerinnen vorstellen (Kapitel 14). Im Speziellen lege ich meinen Fokus auf Menstruationsbeschwerden und die Behandlungsmöglichkeiten, und beschreibe nachfolgend drei andere gynäkologische Erkrankungen. In Kapitel 15 werde ich die Bedeutung von Verhütungsmitteln als Medikamente besprechen.

Abschließend nehme ich die Diskussion und Verbindung der Ergebnisse mit der Theorie vor und präsentiere sowohl das Resultat als auch offene Fragen, die Gegenstand weiterer Forschungen werden könnten (Kapitel 16).

I THEORETISCHE EINBETTUNG

Theory is a conversation between practitioners of a discipline about the ideas that give the subject matter its coherence.
(Janzen 2002: 25)

2. Frauenforschung und Frauengesundheit

Frauenforschung sowie die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema Frauengesundheit bieten sich gemeinsam mit der Medical Anthropology als theoretischer Rahmen für meine Arbeit an. Nachdem ich als weibliche Forscherin mein Thema im Bereich der Frauenheilkunde gewählt habe, ist es nötig, einen Blick auf die Entwicklung und Bedeutung der Frauenforschung zu werfen. Ich werde dabei auch die feministische Anthropologie streifen, um eine Abgrenzung zur Frauenforschung vornehmen zu können. Zudem werde ich die Kategorie „Frau“ sowie deren Überschneidung mit anderen Kategorien besprechen und abschließend auf das Forschungsfeld Frauengesundheit sowie deren Themen eingehen.

2.1. Die ethnologische Frauenforschung

Bis vor einigen Jahrzehnten konnte von einer Frauenforschung, wie es sie heute gibt, noch keine Rede sein. Frauen wurden in der Forschungsgeschichte der Kultur- und Sozialanthropologie zwar thematisiert, doch stand hier immer die „fremde“ Frau aus einer anderen Kultur im Mittelpunkt der Betrachtungen. Frauen wurden vor allem durch die Themen Heirat, Verwandtschaftsverhältnisse, Körper und Rituale in den Blick des männlichen Forschers miteinbezogen (vgl. Binder-Fritz 2003a: 89, Moore 1988: 1). Forschung beinhaltet immer Positionierung, und damit war eine hauptsächlich männliche, androzentristische und damit einseitige Perspektive auf die Frau (male bias) lange Zeit Standard (vgl. 2003a: 89). Da das Bild der „fremden“ Frauen nun fast ausschließlich von Männern konstruiert wurde, sind die Repräsentationen von Frauen in der Forschung einer kritischen Analyse zu unterziehen. Männliche Vorannahmen und Erwartungshaltungen sowie die Unterrepräsentanz und Marginalisierung von Frauen zeichnen den male bias aus, und führten zu einer verzerrten Darstellung der sozialen Realität (vgl. Moore 1988: 1f, Rosaldo/Lamphere 1974: 2, Mascia-Lees/Black 2000: 9). Nicht zu vergessen ist, dass dem männlichen Forscher oftmals auch Bereiche des weiblichen Lebens verschlossen blieben, denen er in seiner Position als Mann

nicht beiwohnen konnte (vgl. Binder-Fritz 2003a: 90). Eine der wenigen Möglichkeiten, zu solchen Bereichen Zugang zu bekommen war über Erzählungen (und Mythen) anderer Männer. Doch nicht nur in den Anfängen der ethnologischen Forschung, sondern bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Wissenschaft eine männliche Domäne. Zwar wurden bereits im 19. Jahrhundert von Frauen² ethnografische Aufzeichnungen verfasst und zum Teil publiziert, aber diese Fälle waren die Ausnahme, auch und vor allem deswegen, weil der Zugang zur akademischen Ausbildung für Frauen kaum möglich war (vgl. Hauser-Schäublin 1991: 13f). Einige Ethnografien und Texte zu Beginn und in der Mitte des 20. Jahrhunderts nahmen eine frauenzentrierte und/oder feministische Sichtweise ein (vgl. Rosaldo/Lamphere 1974: 1, Mascia-Lees/Black 2000: 8) und deren Verfasserinnen wurden damit zu den Vorläufern der Frauenforschung. Margaret Mead, Ruth Benedict, Zora Neale Hurston, Elsie Clews Parsons³ und viele andere mehr lieferten Pionierarbeiten, die die Bedeutung von Gender in ihren Werken beachteten (vgl. Mascia-Lees/Black 2000: 8f, Hauser-Schäublin 1991: 9).

Die zweite Welle der Frauenbewegung⁴ in den USA, während der Frauen gegen soziale Missstände und Ungerechtigkeiten kämpften, motivierte die Entstehung der US-amerikanischen Frauenforschung (Anthropology of Women) in den 1970er Jahren (vgl. Mascia-Lees/Black 2000: 7). Es wurden ungleiche Genderstrukturen kritisiert und der male bias als Problem in der Wissenschaft erkannt (vgl. Binder-Fritz 2003a: 90, Moore 1988: 1). Der Sammelband „Women, Culture, and Society“ von Rosaldo und Lamphere (1974) vereint Beiträge bedeutender Anthropologinnen über den Status der Frau in diversen Gesellschaften, über die universale Unterdrückung der Frau und Ungleichheiten in Genderbeziehungen. Die Frauenforschung sah es als ihre Aufgabe an, den male bias zu dekonstruieren, und eine frauenzentrierte Perspektive einzunehmen (vgl. Moore 1988: 2, Rosaldo/Lamphere 1974: 2). Jedoch stellte sich bald die Frage, ob Frauen besser für die Forschung über Frauen geeignet wären, doch damit wäre die Möglichkeit der Entwicklung eines female bias gegeben gewesen (vgl. Moore 1988: 4f). Auch Befürchtungen über die Entstehung einer Subdisziplin, die dann das Ghetto der Anthropologie dargestellt hätte, entstanden. Aus der Frauenforschung entwickelte sich die feministische Anthropologie, die sich mit Genderverhältnissen beschäftigte

² Diese Frauen waren oft mit Ethnologen verheiratet und begleiteten diese auf ihren Forschungsreisen. Dadurch wurde es ihnen möglich, auch eigene Beobachtungen nieder zu schreiben, und diese zu veröffentlichen: unter ihrem eigenen Namen, im Namen des Ehemannes oder aber mit Hilfe eines Pseudonyms (vgl. Hauser-Schäublin 1991: 14).

³ Elsie Clew Parsons verwendete das Pseudonym John Main, um ihre Texte zu publizieren (vgl. Hauser-Schäublin 1991: 31).

⁴ Die erste Welle der Frauenbewegung in der Jahrhundertwende führte dazu, dass das Frauenwahlrecht eingeführt wurde (vgl. Mascia-Lees/Black 2000: 7).

und sich damit einen Platz in der Wissenschaft sicherte (vgl. Moore 1988: 6). Obwohl Beziehungen zwischen der Frauenforschung und der feministischen Anthropologie bestehen, sind beide von einander abzugrenzen. Erstere beschäftigt sich mit dem Studium der Frau (das auch Genderverhältnisse inkludiert), wobei zweitere sich mit Genderverhältnissen, -ungleichheiten und -rollen befasst.

Die Frauenforschung stellte anfangs die Kategorie „Frau“ als eine universale dar, und unterstrich die Gleichheit aller Frauen aufgrund ihrer biologischen Merkmale im Gegensatz zur Kategorie „Mann“. Daran wurde ab den 1980er Jahren von den „women of color“ / „black feminists“ heftige Kritik geübt, da eine einheitliche Kategorie „Frau“ die Differenzen zwischen und unterschiedliche Erfahrungen von Frauen ignorierte (vgl. Moore 1988: 188f, Strasser/Schein 1997: 7ff). In der Postmoderne der 1990er Jahre wurde feministische Kritik an der Disziplin Anthropologie geübt, ungleiche Machtverhältnisse in der Forschung angeprangert sowie das Kulturkonzept hinterfragt und diskutiert (vgl. Binder-Fritz 2003a: 92, Strasser/Schein 1997: 19ff). Die Kritik führte auch in der deutschsprachigen Ethnologie zu einer intensiven Beschäftigung innerhalb der Disziplin (vgl. Binder-Fritz 2003a: 92). Soziale und kulturelle Begebenheiten wurden mit Genderbeziehungen und sozialen Rollen in Verbindung gebracht, und die zuvor betonte Gemeinsamkeit aller Frauen hatte sich in ein diverses Konzept „Frau“ verwandelt, das aus der kritischen Arbeit innerhalb des Faches entstanden war (vgl. ebd.). Intersektionalität – von Strasser und Schein als „intersexions“ (1997) bezeichnet – zwischen unterschiedlichen Kategorien wie Gender, Klasse und Ethnizität schafft ein vielfältiges Bild, das nicht nur die Gemeinsamkeiten, sondern auch die Verschiedenheiten von Frauen aufzeigt: „Gender ist niemals allein wirksam, sondern wird in spezifischen Kontexten gleichzeitig mit und durch andere Differenzen konstruiert, artikuliert und sozial realisiert.“ (Strasser/Schein 1997: 10). Zurzeit werden innerhalb der Disziplin „Fragen des Zusammenwirkens von Sexualität, biologischem und sozialem Geschlecht in der Konstituierung von Subjekten“ (Binder-Fritz 2003a: 93) behandelt. Sabine Strasser und Gerlinde Schein gehen im Sammelband „Intersexions“ (1997) der Frage nach inwiefern bzw. in welchem Kontext eine (analytische) Differenzierung zwischen sex und gender (noch) notwendig ist und lassen dazu verschiedene AutorInnen Stellung beziehen.

Die Beziehung zwischen zwei Frauen im Forschungsprozess, der Ethnologin und der Informantin, wurde in der deutschsprachigen Ethnologie kaum thematisiert (vgl. Hauser-Schäublin 1991: 11). Die Annahme, dass nur Forscherinnen Frauen verstehen könnten, aufgrund der gemeinsamen Basis des „Frau-Seins“, wurde bereits in den Anfängen der

Frauenforschung kritisiert. Es ist wichtig, die Frage des bias, der jeweiligen Position der Forscherin bzw. des Forschers zu beachten, wenn es um den Zugang zum Feld, zu InformantInnen und damit zu Informationen geht. Gerade in der Frauenforschung wird eine Forscherin bei bestimmten Thematiken einen einfacheren und in vereinzelt Fällen auch einen ausschließlichen Zugang zu Informantinnen und damit gewissen Daten haben als ein Ethnologe dies in seiner Position als Mann hätte.

2.2. Gender und Frau-Sein

Gender bezeichnet die soziale Konstruktion der Kategorien „Frau“ und „Mann“, im Gegensatz zum biologischen Geschlecht (sex), das sich an den körperlichen Unterscheidungsmerkmalen orientiert. Frances E. Mascia-Lees und Nancy J. Black meinen, dass „gender constructs are cultural interpretations of physical differences“ (2000: 2). Gender muss allerdings vom Konzept „sex“ unterschieden werden, da es in manchen Gesellschaften eben nicht nur zwei Gender gibt, sondern manchmal noch ein drittes oder viertes Gender⁵. Das heißt, die sozialen Unterscheidungen sind nicht automatisch mit den körperlichen Unterschieden gleichzusetzen, auch wenn natürlich Überschneidungen bestehen (vgl. Binder-Fritz 2003a: 91, Hauser-Schäublin 1991: 12).

Für die Frauenforschung ist die Kategorie „Frau“ mittlerweile stark durch die soziale Konstruktion von Gender geprägt, durch die Beziehungen zwischen Mann und Frau und durch die soziale Rolle, die die Frau in der Gesellschaft einnimmt. Aber auch das biologische Geschlecht und die Konstruktion des Körpers spielen eine gleichberechtigte Rolle, vor allem wenn es um den Bereich der Frauengesundheit geht (vgl. Ussher 2000: 5, Lee 1998: 2). Gender und biologisches Geschlecht sind nicht voneinander getrennt zu betrachten, sondern stehen in Beziehung zu einander.

The physical body is at the centre of women's health. However, this is not a body that can be conceptualized outside of the cultural context in which women live. The way in which women experience their bodies, as well as health care, in particular the diagnosis and treatment of illness, is always socially and culturally situated. (Ussher 2000: 13)

FeministInnen haben uns bereits in den 1980er Jahren darauf hingewiesen, dass die Kategorie „Frau“ nicht universell und homogen ist, sondern dass es verschiedene Kategorien gibt, die sich mit dem Konzept „Frau“ überlappen. Ethnizität und soziale Klasse sind die wichtigsten

⁵ Ein Beispiel wäre das Berdachentum, das in Nordamerika bei einigen indianischen Ethnien vorkommt (vgl. Lang 1997).

dieser Kategorien, aber auch das Bildungsniveau, Generation, Religion, sexuelle Orientierung und sozioökonomische Faktoren können die Kategorie „Frau“ differenzieren (vgl. Binder-Fritz 2003a: 108, Mahler/Pessar 2006: 37f).

Was bedeutet es in verschiedenen Gesellschaften eine Frau zu sein? „Frau-Sein“ wird bereits von der frühesten Kindheit an gelernt, die Sozialisation übernimmt eine große Rolle bei der Strukturierung von Rollen. Verhaltensmuster, Normen und Wertvorstellungen werden inkorporiert und definieren „Frau-Sein“. Doch wie fühlen sich nun die Individuen in ihren Rollen und mit ihren Körpern, wie gehen sie mit den sozialen Mustern um, in und mit denen sie leben? Die Frauenforschung versucht mitunter solche Fragen zu beantworten.

2.3. Frauengesundheit: Forschungsfeld und Themen

Auch in anderen Disziplinen war die Beschäftigung mit der Frau vom männlichen Blick und von patriarchalen gesellschaftlichen Strukturen bestimmt. Männer wurden als die Norm angesehen, als das „Eigene“ und demnach wurde Frauen als „Andere“ und damit „Fremde“ klassifiziert (vgl. Ussher 2000: 1, Lee 1998: 1). Frauen wurden als periphere Randerscheinungen behandelt, ihre Meinungen und Perspektiven schienen in den Forschungen nicht auf. Die Forschung konzentrierte sich auf den Mann als Standard (vgl. Mascia-Lees/Black 2000: 10).

In vielen Bereichen der medizinischen Forschung waren Frauen ebenfalls ausgeschlossen, marginalisiert oder aber, wenn sie miteinbezogen wurden, fanden Genderunterschiede keine Berücksichtigung. „And even when women are included in health research, it is only a narrow and specific group, for in the main the focus has been on middle-class, able-bodied, heterosexual, white women.“ (Ussher 2000: 2) Ussher weist hier auf die Problematik hin, dass Frauen, wurden sie nun doch in die medizinische Forschung miteinbezogen, als eine homogene Gruppe wahrgenommen wurden, die sich wiederum an einem Standard, der weißen, heterosexuellen Frau orientierte. Genderdifferenzen wurden jedoch meist ignoriert, da schlichtweg angenommen wurde, dass weibliche Bedürfnisse denen der Männer entsprachen, und allein der reproduktive Bereich speziell der Frau zuzuordnen sei (vgl. Koroukian 2004: 4). Die zunehmende Öffnung der Universitäten für Frauen und die steigende Anzahl an weiblichen Absolventinnen in den Sozial- und Geisteswissenschaften führte dazu, dass diese sich für den Bereich der Frauengesundheit einsetzen konnten (vgl. Ussher 2000: 7). Endlich wurde es

möglich, der Forschung auch eine weibliche Perspektive zu geben und Themen und Sichtweisen in die Wissenschaft einfließen zu lassen, die Frauen für bedeutsam hielten.

Feministische Bewegungen haben viel Kritik an den Umständen patriarchaler Forschung geübt. Diese Kritik hat massiv dazu beigetragen, die Position der Frau, ihre Perspektiven, Meinungen und Erfahrungen zu beachten und damit das Fundament für die Frauenforschung zu legen (vgl. Ussher 2000: 3). In den letzten 30 Jahren sind auf dieser Basis große Fortschritte zu verzeichnen gewesen. Zahlreiche Publikationen, Journale und Konferenzen beschäftigen sich mit der Thematik Frauengesundheit (vgl. Ussher 2000: 1).

Die Beschäftigung mit Frauengesundheit findet sich in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen. Sie lässt sich beispielsweise im Bereich der Medizin, Psychologie, den Pflegewissenschaften, der Kultur- und Sozialwissenschaften, der Frauenforschung und in feministischen Studien verorten (vgl. Ussher 2000: 1, Binder-Fritz 2003a: 108). Deswegen lohnt es sich, Frauengesundheit als einen interdisziplinären Bereich zu betrachten, verschiedene Standpunkte aus unterschiedlichen Disziplinen zu begutachten und miteinander zu vernetzen. Sammelbände wie „Frauen und Gesundheit“ (Gottschalk-Batschkus et al. 1997) vereinen Beiträge aus verschiedenen wissenschaftlichen Gebieten unter dem Thema der Frauengesundheit.

Die lange vorherrschende Fokussierung der Forschung auf den Mann hat dazu geführt, dass der Bereich Frauengesundheit bislang auf die Gynäkologie und Geburtshilfe beschränkt war (vgl. Lee 1998: 1). Frauenspezifische Krankheiten, Risiken und Gesundheitsverhalten (z.B. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) sind dabei wesentliche Forschungsbereiche. Die Hauptbeschäftigung der Forschung liegt dabei auf Krebs (vor allem auf Brustkrebs und Krebs der Genitalien oder reproduktiven Organe) und Menstruations- und Reproduktionsstörungen (vgl. Lee 1998: 3). Dieser reduzierte Zugang legt die Frau allerdings auf die Rolle als Mutter und als Sexualpartnerin fest.

Frauengesundheit lässt sich allerdings nicht auf die Gynäkologie beschränken, sondern umfasst zahlreiche Themen, die Frauen betreffen. Jane M. Ussher (2000: 4) charakterisiert Forschung im Bereich der Frauengesundheit folgendermaßen:

This starts from the assumption that women's perceptions and subjectivity are an important focus for research, theory and professional practice, as well as central to health. The wide range of issues covered in this volume are all arenas of health which have been related to the social construction of gender and women's subjectivity.

Eine frauenzentrierte Perspektive steht also im Mittelpunkt der Forschung. Die subjektiven Wahrnehmungen und Erfahrungen von Frauen sind zentral für die Forschung über Frauengesundheit. Jene Themen werden behandelt, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Frau nehmen oder solche Themen, die die „gendered nature of health“ (Ussher 2000: 4) betreffen, also die speziell Frauen betreffen. Dabei werden auch die sozialen Rollen von Frauen, Genderunterschiede und das kulturelle Umfeld miteinbezogen (vgl. Ussher 2000: 4, Lee 1998: 1). Genderunterschiede lassen sich beispielsweise im ungleichen Zugang zu Bildung, Einkommen und politischer Einflussnahme verorten (vgl. Lee 1998: 8, Koroukian 2004: 3) oder aber in den Rollen, die Frauen in der Gesundheitsversorgung innerhalb der Familie als „hidden carers“ einnehmen (vgl. Scheibler 1997: 257f). Sozioökonomische Faktoren beeinflussen zusätzlich wesentlich die Gesundheit und den Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Henrietta Moore hat darauf hingewiesen, dass ein Problem des Begriffs „frauenzentrierte Perspektive“ darin liegt, dass damit gleichzeitig eine universale Gleichheit aller Frauen angenommen wird (1988: 189). Um dem entgegenzutreten ist es wichtig zu betonen, dass der historische, soziale und kulturelle Kontext sowie Ethnizität und Klasse unbedingt in die Forschung über Frauen miteinbezogen werden müssen. Nur dadurch wird es möglich, ein differenziertes Bild von den Erfahrungen und dem Leben von Frauen zu zeichnen.

Zur Frauengesundheit zählen nun nicht nur die klassischen Bereiche der Gynäkologie und Geburtshilfe, frauenspezifische Erkrankungen wie Tumore und maligne Erkrankungen im gynäkologischen Bereich oder Menstruation(sbeschwerden). Ethnologisch relevante Arbeiten zum Thema Menstruation finden sich zahlreich (z.B. Schlehe 1987, Jirovsky 2006), frühere Werke haben sich vor allem mit den Thematiken Tabu und Ritual beschäftigt.

Sexuelle Gesundheit und Sexualität (darunter fallen sexuelle Identität, Sexualprobleme, sexueller Missbrauch, Geschlechtskrankheiten und Verhütungsmittel) sind genauso wesentliche Themen wie Körperrnormen und Identität, Essstörungen, psychische Gesundheit, Altern und Pflege. Neben reproduktiver Gesundheit sind Geburtenkontrolle, Kinderlosigkeit und Abtreibung ebenfalls wesentliche Themen, die Frauengesundheit betreffen. Aber auch die Lebensumstände, die die Gesundheit beeinflussen, soziale Rollen und Genderverhältnisse sind Bestandteil der Forschung über Frauengesundheit. Die Liste ist noch um einiges länger, dies soll keine vollständige Auflistung darstellen, sondern nur einen Einblick in die Vielfältigkeit der Thematiken geben.

3. Medical Anthropology

Die Medical Anthropology liefert den theoretischen Rahmen, in den diese Arbeit eingebettet ist. Ich werde daher in diesem Kapitel relevante Begriffe und Theorien als Basis für die Erklärung und Analyse meines empirischen Materials erläutern sowie im Folgenden die Entwicklung der Medical Anthropology kurz darstellen.

Die Medical Anthropology hat sich in den 1960er bzw. frühen 1970er Jahren zu einer eigenständigen Disziplin aus der Kultur- und Sozialanthropologie entwickelt.⁶ Debatten und kritische Auseinandersetzung mit der Biomedizin haben in der Zeit der 1960er und -70er Jahre die Disziplin geformt (vgl. Barnard/Spencer 2002: 358, Hadolt 2004: 12). Die Medical Anthropology der 1970er Jahre hatte eine ahistorische, eng gefasste empiristische Einstellung und arbeitete noch wenig komparativ (vgl. Leslie/Young 1992: 6, Rubel/Hass 1996: 114). In den 1980er Jahren hat sich die Medical Anthropology neu positioniert, die Biomedizin als soziale, kulturelle und historische Konstruktion wie andere Medizinsysteme auch begriffen und damit den bis dato unhinterfragten Ausgangspunkt Biomedizin für die Betrachtung aller anderer Medizinsysteme als ethnozentrische Wahrnehmung entlarvt (vgl. Hadolt 2004: 12, Scheper-Hughes 1994: 229, Barnard/Spencer 2002: 358). Bernhard Hadolt bezeichnet dies als „ideengeschichtliche Zäsur in der MA“ (2004: 13). Die Medical Anthropology lässt sich in ihrer Interdisziplinarität zwischen der Biomedizin und der Kultur- und Sozialanthropologie verorten, steht jedoch der Biomedizin insofern näher, als dass sie den Körper im Gegensatz zur Kultur- und Sozialanthropologie in den Fokus stellte. Diesem wurde innerhalb der Kultur- und Sozialanthropologie bis in die 1970er Jahre nur wenig Beachtung geschenkt (vgl. Hadolt 2004: 12, Scheper-Hughes 1994: 230). Im Unterschied zur Biomedizin verstand die Medical Anthropology den „human body as a sociocultural entity“ (Eriksen 2001: 56), d.h. sie konzeptualisierte Körper als sozial und kulturell.

Die Medical Anthropology nimmt nun eine Perspektive ein, die sich als „comparative, contextual, historical, holistic“ (Janzen 2002: 25) versteht. Sie überschneidet sich mit der Ethnomedizin, die sich früher vor allem mit außereuropäischen, nicht-westlichen, also „anderen“ Medizinsystemen und „exotischen“ Phänomenen auseinandersetzte. Die Medical Anthropology jedoch behandelt sowohl „nicht-westliche“ Medizinsysteme als auch die Biomedizin. Die Ethnomedizin versteht sich als "interdisziplinäres wissenschaftliches Gebiet mit eigenen theoretischen wie praktischen Impulsen" (Lux 2003: 12), sie hat sich im

⁶ Hierbei muss erwähnt werden, dass W.H.R. Rivers, Forrest Clements und Erwin Ackerknecht als frühe Wegbereiter der Disziplin Medical Anthropology fungierten.

deutschsprachigen Raum entwickelt, wohingegen die Medical Anthropology die "eigentliche Leitwissenschaft von Ethnomedizin und Medizinethnologie" (Lux 2003: 15) darstellt. Jedoch ist es mittlerweile schwer eine scharfe begriffliche Trennung zu treffen, vor allem nachdem deutschsprachige Studien sich vermehrt mit den theoretischen und methodischen Konzepten der Medical Anthropology befassen (vgl. Wolf/Ecks/Sommerfeld 2007: 157). Die Benennungsfrage ist im deutschsprachigen Raum noch nicht eindeutig geklärt, da Begrifflichkeiten wie Ethnomedizin, Medizinethnologie oder Medizinanthropologie nicht eindeutig definiert wurden (vgl. Lux 2003: 14).

Die Medical Anthropology beschäftigt sich unter anderem mit der ethnografischen Beschreibung einzelner medizinischer Traditionen und Therapien, Körper-, Gesundheits- und Krankheitskonzepten (disease/illness/suffering), kulturspezifischen Syndromen, traditionellen und institutionalisierten HeilerInnen, Medizinpluralismus u.v.a.m.

Um den Rahmen nicht zu sprengen, werde ich die historische Entwicklung und die vielfältigen Strömungen und Traditionen der Medical Anthropology unberührt lassen. Jedoch werde ich kurz auf die Applied Medical Anthropology eingehen, da diese in Verbindung mit meiner Arbeit steht: Sie interessiert sich für die praktischen Aspekte anthropologischer Erkenntnisse z.B. für die Rezeption der Biomedizin in anderen Ländern, vor allem in Zusammenhang mit Entwicklungszusammenarbeit, oder aber für die Verbreitung und Annahme anderer medizinischer Systeme und Traditionen wie z.B. traditionelle chinesische Medizin oder Ayurveda (vgl. Barnard/Spencer 2002: 358f, Janzen 2002: 34). Aber auch Studien zur wachsenden ethnischen Diversität im Gesundheitssystem, kultureller Sensibilität und inadäquaten Behandlungsmethoden bzw. non-compliance aufgrund kultureller Unterschiede und Barrieren für MigrantInnen zum Gesundheitssystem sind Thema der (Clinical) Applied Anthropology (vgl. Barnard/Spencer 2002: 359, Hadolt 2004: 10, Janzen 2002: 35).

Eingehend möchte ich wesentliche Begriffe diskutieren und deren Verwendung erklären. Anschließend folgt ein kurzer Abriss über die geschichtliche Entwicklung der Disziplin Medical Anthropology, um diese Arbeit im größeren Kontext zu verorten. Ich werde dann auf das Phänomen Medizinpluralismus und dessen Entstehung eingehen. In diesem Rahmen werden auch die Konzepte des „health-seeking behaviour“ und der „lay referral group“ besprochen. Die Struktur des health care systems nach Arthur Kleinman wird in weiterer Folge von mir ebenso erläutert, wie ich abschließend auf Theorien zur „Reise von Medikamenten“ eingehen möchte.

3.1. Begriffsklärung und Modelle

Ich werde im Folgenden die Begriffe westliche Medizin, Biomedizin, traditionelle chinesische und chinesische Medizin, Medizinsystem, health care system, Medizinpluralismus, Medizin und Erklärungsmodell erörtern.

Die Terminologie erweist sich teilweise als problematisch, da Dichotomiebildungen wie westlich versus nicht-westlich, modern versus traditionell oder wissenschaftlich versus nicht-wissenschaftlich auftreten und damit Wertungen oder Hierarchiebildungen einhergehen können (vgl. Foster/Anderson 1978: 52, Worsley 1982: 315ff, Leslie/Young 1992: 6). Es gab bereits etliche Versuche, diese Dichotomien zu dekonstruieren. Alternative Vorschläge wie „nonscientific health practices“, „native conceptual traditions about illnesses“ (Foster/Anderson 1978: 52) und etliche mehr tauchten auf, konnten sich jedoch nicht durchsetzen.

3.1.1. Westliche Medizin und Biomedizin

Der Begriff westliche Medizin impliziert die Dichotomisierung von „Westen“ und „Nicht-Westen“ und hat zahlreiche Diskurse und Debatten angeregt. Der Terminologie wird nachgesagt, dass ihr ethnozentristisches oder aber koloniales und neo-koloniales Gedankengut zugrunde liegt (vgl. Worsley 1982: 315, Leslie 1976a: 8) und ist aus diesem Grund immer wieder einer Dekonstruierung unterworfen worden. Es gab und gibt immer wieder alternative Vorschläge für diesen Begriff: Anderson und Anderson verwenden die Begriffe „moderne Medizin“ und „wissenschaftliche Medizin“, wenn es sich um den „corpus of scientifically tested, proven, and currently adopted practices of whatever origin“ (1978: 78) handelt. Jedoch sind auch die Terminologien „modern“ und „wissenschaftlich“ kritisch zu betrachten, da sie eine Hierarchie und unterschwellige Dichotomie (alles andere ist traditionell, nicht-modern oder unwissenschaftlich) implizieren. Weitere Bezeichnungen wären Biomedizin, Schulmedizin und Kosmopolitische Medizin (vgl. Greifeld 2003: 13). Der Begriff westliche Medizin wird von Leslie und Young sowie von Fred L. Dunn, abgelehnt. Sie sehen den Begriff Kosmopolitische Medizin⁷ sowie Biomedizin als Alternative zum Terminus westliche Medizin, weil diese internationale Begriffe darstellen (vgl. Leslie/Young 1992: 6, Dunn 1976: 136). Der Begriff Kosmopolitische Medizin bezieht sich auf die globale Verbreitung der „westlichen

⁷ Leslie und Young (1992: 6) meinen, dass dieser Begriff gut einsetzbar ist, wenn es darum geht, die Ideologie der westlichen Medizin im Kontext des kapitalistischen Weltsystems zu betrachten. In dem Sammelband „Paths to Asian Medical Knowledge“ wird „Kosmopolitische Medizin“ daher als alternativer Begriff verwendet.

Medizin“, da, wie Leslie und Young richtig bemerken, Fortschritte auf dem Gebiet der Medizin ja nicht nur im „Westen“, sondern auch in Japan, Australien oder anderswo zu verzeichnen sind. Dennoch gebrauche ich diesen Begriff nicht, da er sich auch nicht nachvollziehbar von Begriffen wie traditioneller chinesischer Medizin oder Ayurveda (die ja mittlerweile auch weltweit angewandt und adaptiert werden) abgrenzen lässt.

John Janzen beschreibt Biomedizin als den momentan in der Anthropologie am häufigsten verwendeten Begriff „to describe mainstream modern Western medicine, with its basis in science and emphasis on the physical body.“ (2002: 288) Der Begriff Biomedizin bezeichnet dabei die Medizin der industrialisierten Länder, und grenzt sich damit von anderen medizinischen Traditionen wie der chinesischen Medizin und Ayurveda ab (vgl. Janzen 2002: 4). Von Bare, Singer und Susser wird sie als ethnomedizinisches System der europäischen und nordamerikanischen Gesellschaften gesehen (vgl. 2003: 12) und damit als eine von vielen Medizintraditionen von einer Hierarchisierung befreit.

Erst als die Biomedizin ihren Einzug in China gehalten hat, begannen die ChinesInnen ihre Medizin als „chinesisch“ zu bezeichnen um sie von der „westlichen Medizin“ abzugrenzen (vgl. Leslie 1976a: 8). Charles Leslie räumt hierfür der Nutzung des Terminus „westliche Medizin“ eine gewisse Berechtigung ein: „Since ethnographic and historical descriptions benefit by using categories of the cultures they describe, it makes sense to use these terms in writing about modern China.“ (Leslie 1976a: 8) Das ist der Grund warum ich den Begriff westliche Medizin nicht aus dem Wortschatz meiner Arbeit streichen, sondern stattdessen von ihm Gebrauch machen werde.

Volker Scheid beispielsweise verwendet den Begriff westliche Medizin, wenn es sich um Biomedizin handelt, die von Europa nach China gebracht und dort neben der traditionellen chinesischen Medizin institutionalisiert wurde. Ebenso nutzt er diese Bezeichnung um die chinesische Perspektive darzustellen. Auch meine Interviewpartnerinnen verwendeten den Begriff „westliche Medizin“. Daher erachte ich es als sinnvoll, diesen ebenfalls anzuwenden um ihre Perspektive zu erklären. Der Begriff Biomedizin wird von Scheid verwendet, wenn es um die emische „westliche“ Perspektive geht (vgl. Scheid 2002: 3). Aus diesen Gründen schließe ich mich der Begriffsverwendung von Scheid an.

3.1.2. Traditionelle chinesische Medizin oder chinesische Medizin

Der Begriff chinesische Medizin (*zhong yi*) wird sowohl von Anderson und Anderson (1978) als auch von Scheid (2002) verwendet, um auf die verschiedenen medizinischen Traditionen einzugehen, die sich in China seit Jahrtausenden entwickelt haben. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass es *die* chinesische Medizin nicht gibt, daher wird von einem Medizinsystem gesprochen, das sich aus verschiedenen, sich auch gegenseitig beeinflussenden Traditionen und Teilsystemen zusammensetzt (vgl. Greifeld 2003: 14, Postert 2003: 78f).

Der Begriff traditionelle chinesische Medizin (TCM) wurde von der chinesischen Regierung 1949 geformt und beschreibt den institutionalisierten, standardisierten und somit professionellen Teil der chinesischen Medizin. Christian Postert meint, dass die traditionelle chinesische Medizin, wie sie heute existiert, von der Regierung als „Korpus allgemeingültiger Aussagen analog zum Wissenstypus der Naturwissenschaften“ (2003: 86) konstruiert wurde und dadurch die ursprüngliche Vielzahl an Traditionen vereinheitlicht und stark reduziert hat⁸. Der Begriff TCM wurde erst ab den 1950er Jahren verwendet und spiegelt die Einstellung der Regierung zur chinesischen Medizin wieder, die sie zum traditionellen Nationalerbe hochstilisiert hat (vgl. Scheid 2002: 3, Springer 2004: 35, Postert 2003: 85f). Daher verwende ich diesen Terminus nur dann, wenn ich vom professionellen Sektor spreche z.B. von ÄrztInnen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM-Ärztin und TCM-Arzt). Der Begriff chinesische Medizin ist um einiges weiter gefasst als das institutionalisierte und standardisierte Wissen der TCM, denn darunter sind auch medizinische Traditionen subsumiert, die vielleicht nur in einer bestimmten Region weitergegeben werden, oder Wissen aus alten Medizinbüchern, die als Familienerbe überlebt haben. Jedoch ist es schwierig immer eine klare Trennung zwischen dem professionellen Sektor und dem Volkssektor zu ziehen. Ich verwende den Begriff chinesische Medizin, wenn ich den Volks- oder Populärsektor darstelle oder über Heilmittel, Medikamente und medizinische Substanzen spreche (vgl. Dunn 1976: 145).

3.1.3. Medizinsystem (medical system)

John Janzen versteht Medizinsysteme als Systeme, die sich mit medizinischen Praktiken und Traditionen befassen (2002: 292). Im Terminus ist der Begriff System eingebettet: "The term 'system' is appropriate, because ... there exists a consciously-worked-out 'edifice' of medical care covering all aspects from prevention to actual treatment, and ranging from a theoretical

⁸ Diese Heterogenität der Traditionen ist zugunsten der Wissenschaftlichkeit reduziert worden. Einzelne Traditionen werden aber sicher noch in Teilen Chinas weitergetragen.

basis to practical use." (Unschuld 1976: 300) Der Begriff System löste dabei die Begriffe „Tradition“ und „Kultur“ ab, und das was früher als „medizinische Kultur“ (Last 1992, zitiert nach Janzen 2002: 214) bezeichnet wurde, wurde nun mit „Medizinsystem“ benannt (vgl. Janzen 2002: 215).

Foster und Anderson sehen das Medizinsystem ebenfalls als ein System an, in dem jegliche gesundheitsfördernde Vorstellungen, (Glaubens-)Konzepte, Maßnahmen, Verhalten, heilkundliches Wissen sowie die Kompetenzen aller Gruppenmitglieder enthalten sind (vgl. Foster/Anderson 1978: 36). Foster und Anderson unterteilen das Medizinsystem in disease theory system (u.a. Erklärungen über Gesundheits- und Krankheitsursachen, Wissen um Heilmittel und -techniken) und health care system (soziale Beziehungen zwischen HeilerInnen, PatientInnen und sozialem Umfeld sowie Institutionen) (vgl. Foster/Anderson 1978: 37).

Der Begriff des Medizinsystems wird von Thomas Ots hingegen enger gefasst: Er versteht unter dem Medizinsystem die klassischen Werke, den theoretischen, konzeptuellen Grundbau sowie die medizinische Literatur; das Heilkundesystem (health care system) hingegen enthält Konzepte, Vorstellungen, Praktiken, den professionellen sowie den Populärsektor, Institutionen als auch das Medizinsystem (vgl. Ots 1999: 116ff). Der Begriff „medical system“ oder Medizinsystem wird von Fred L. Dunn beschrieben als „the pattern of social institutions and cultural traditions that evolves from deliberate behavior to enhance health, whether or not the outcome of particular items of behavior is ill health [sic!].“ (Dunn 1976: 135)

Foster und Anderson sehen folgenden Faktoren als allen Medizinsystemen inherent an(1978: 38f):

1. Medizinsysteme sind integrale Bestandteile von Kulturen
2. Krankheit ist kulturell definiert
3. Alle Medizinsysteme haben sowohl präventive als auch heilende Teile
4. Medizinsysteme haben mehrere Funktionen

Medizinsysteme sind in ihrer historischen Entwicklung zu begreifen, sie sind dynamische, permeable Systeme und deswegen auch Veränderungsprozessen unterworfen (vgl. Leslie/Young 1992: 5). Sie müssen daher als integrale Bestandteile von soziokulturellen Systemen in ihrem kulturellen Kontext begriffen und als Teil einer Gesellschaft gesehen werden (vgl. Kleinman/Kunstadter 1978: 1). Sie müssen ebenfalls in ihrer geografischen Dimension begriffen werden: Fred L. Dunn unterscheidet drei Typen von Medizinsystemen: lokale Medizinsysteme („Volksmedizin“), regionale (z.B. Ayurveda, Chinesische Medizin) und

kosmopolitische Medizinsysteme (globales Medizinsystem, also Biomedizin) voneinander (vgl. 1976: 135). Medizinsysteme sind mit anderen Systemen und Feldern verbunden wie z.B. Wirtschaft, Politik und dem Gesundheitssystem (vgl. Foster/Anderson 1978: 37).

Der Terminus Medizinsystem wird von den jeweiligen Autoren unterschiedlich beschrieben: Thomas Ots versteht es als Teilbereich des health care system, wobei Foster und Anderson umgekehrt das health care system als Teil des Medizinsystems sehen. Die Positionen lassen sich nun schwer auf einen Nenner bringen. Ich halte Kleinmans Verständnis von health care systems für die passende Erläuterung des Begriffs Medizinsystem, wie ich ihn verwenden werde. Daher werde ich im Folgenden das health care system beschreiben.

3.1.4. Health care system

Health care system wird von Kleinman als „socially organized responses to diseases that constitute a special cultural system“ (1980: 24), also als kulturelles System und als eine Form von sozialer Realität verstanden. Demnach ist es als eigenes kulturell und sozial konstruiertes System zu betrachten und muss in Beziehung zu seinem Kontext, den kulturellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten⁹, gesetzt werden. Das health care system beinhaltet Konzepte, Bedeutungen, Glauben und Vorstellungen über Krankheitsursachen, -charakter und -verlauf, (Entscheidungsprozesse über) Heil- und Behandlungsmethoden, Erwartungen der PatientInnen und Rollenzuschreibungen. Dabei sind sowohl Institutionen, ÄrztInnen, HeilerInnen, PatientInnen und deren soziales Umfeld (Familie, FreundInnen, NachbarInnen etc.) sowie Interaktionen zwischen den einzelnen AkteurInnen mit inbegriffen (vgl. Ots 1999: 113).

Patients and healers are basic components of such systems and thus are embedded in specific configurations of cultural meanings and social relationships. They cannot be understood apart from this context. Illness and healing also are part of the system of health care. (Kleinman 1980: 24f)

Jedes health care system baut auf dieser grundlegenden dyadischen Beziehung zwischen PatientIn und HeilerIn auf. Die Einstellungen und das Verhalten der PatientInnen sowie das gesamte health care system (einschließlich Institutionen, sozialen Rollen, Beziehungen zwischen den AkteurInnen etc.) sind durch die kulturelle Struktur, die „cultural rules“ (Kleinman 1980: 26) und die gesellschaftlichen Bedingungen geformt und beeinflusst (vgl. Ots 1999: 113f).

⁹ Kleinman bespricht zusätzlich auch die „external factors“ (1980: 45), die politische, ökonomische, historische, gesellschaftliche und ökologische Komponenten darstellen, die Einfluss auf das health care system nehmen.

Die konstituierte „soziale Realität“ wird vom Individuum über den Prozess der Sozialisation in Familien und sozialen Gruppen erlernt. Bedeutungen, Wahrnehmung und Verhaltensmuster werden so internalisiert (vgl. Kleinman 1980: 36). „Soziale Realitäten“ können sich in unterschiedlichen Gesellschaften, Schichten, Klassen und Gruppen, Familien und sogar zwischen Personen unterscheiden (vgl. Kleinman 1980: 36f.) Individuen externalisieren nun die erlernte soziale Realität, die in den Habitus¹⁰ eingeschrieben ist, und repräsentieren damit eine bestimmte Position im Gefüge:

In other words, the health care system is created by a collective view and shared pattern of usage operating on a local level, but seen and used somewhat differently by different social groups, families, and individuals. Social factors such as class, education, religious affiliation, ethnicity, occupation, and social network all influence the perception and use of health resources in the same locality... (Kleinman 1980: 39)

Das health care system ist also durch alle Mitglieder im System definiert, wird jedoch von verschiedenen Mitgliedern der Gesellschaft unterschiedlich genutzt.

Arthur Kleinman beschreibt in seinem Standardwerk „Patients and Healers in the Context of Culture“ (1980) die Struktur des health care systems und identifiziert drei sich überschneidende Bereiche: dem Populärsektor, dem professionellen und dem Volkssektor (vgl. Kleinman 1980: 50).

Der **Populärsektor** (popular sector) stellt den größten der drei Bereiche dar, 70 bis 90 % aller Erkrankungen werden in ihm behandelt und gehandhabt. Er besteht aus dem Individuum, der Familie, sozialen Netzwerken und der Community. „It is the lay, non-professional, non-specialist, popular culture arena in which illness is first defined and health care activities initiated.“ (ebd.) Der Populärsektor bestimmt die Behandlung(en), da hier Entscheidungen getroffen, Rollen definiert und soziale Netzwerke genutzt werden. Er ist sowohl Ausgangs- wie auch Endpunkt jeder Behandlung und damit die Verbindung, „the nexus of the boundaries“ (ebd.: 51) zwischen den drei Sektoren. Darüber hinaus finden sich im Populärsektor gesundheitserhaltende Praktiken und Glaubenssysteme, die die Erklärungsmodelle definieren. In China waren klassische Werke der Medizin oft in Familienbesitz und mit diesem Wissen wurden Ratschläge an das soziale Umfeld weiter gegeben sowie Erkrankungen selbst behandelt (ebd: 62). Selbstbehandlung mittels Ernährung, chinesischer und westlicher Medizin ist ein wesentlicher Bestandteil des Populärsektors (ebd: 68).

¹⁰ Der Begriff Habitus wird von Pierre Bourdieu als die in den Körper eingeschriebene soziale Struktur verstanden, die dann wiederum durch die Handlungen von Personen ausgedrückt wird und sich somit selbst reproduziert (vgl. Csordas 1990: 11, zitiert nach Bourdieu 1977).

Der **professionelle Sektor** (professional sector) stellt den institutionalisierten und organisierten Bereich dar. In China sind das sowohl traditionelle chinesische Medizin als auch westliche Medizin. Dabei tritt der/die PatientIn in die „clinical reality“, die klinische Realität ein (ebd: 57). Der/die PatientIn kehrt jedoch nach der Diagnose und/oder Behandlung in den Populärsektor zurück und die compliance, die Befolgung der therapeutischen Maßnahmen, bzw. non-compliance liegt dann außerhalb der Kontrolle der Ärztin bzw. des Arztes. In China wird der professionelle Sektor von westlichen und TCM-ÄrztInnen sowie den Apotheken repräsentiert. Das heißt, zwei verschiedene professionelle Systeme bestehen komplementär nebeneinander und sind in das health care system Chinas integriert.

Der **Volkssektor** (folk sector) ist der nicht-professionelle, unbürokratische Sektor, der sich zum Teil mit dem Populär- und professionellen Sektor überschneidet. Er ist heterogener als der professionelle Sektor. Volksmedizin kann aus sakralen und sekulären Bereichen wie Schamanismus, rituellen SpezialistInnen, Kräuterheilkunde, traditionelle Massagemethoden und symbolische Heilmethoden bestehen (ebd: 59ff). In den Volkssektor fallen beispielsweise TCM-ÄrztInnen, die ohne Lizenz praktizieren und ihr Wissen hauptsächlich über Erfahrung, das Studium medizinischer Bücher und orale Tradition erlernt haben (ebd: 62). Aber auch Teegeschäfte und StraßenverkäuferInnen, die Heilmittel und Nahrungsmittel anbieten sind Teil des Volkssektor (ebd: 67).

Diese drei Bereiche überlappen sich, interagieren miteinander und formen gemeinsam das health care system. Der Populärsektor ist dabei das verbindende Element, da von ihm ausgehend der/die PatientIn in die anderen Bereiche eintritt.

3.1.5. Medizin: Medikamente und Heilmittel

Susan Reynold Whyte, Sjaak van der Geest und Anita Hardon haben die Bedeutung des Begriffs „medicine“ folgendermaßen definiert - „medicine“ kann dabei übersetzt sowohl für Medizin, Medikament, Arznei als auch für Heilmittel stehen: „Medicines are substances with powers to transform bodies.“ (Whyte et al. 2002: 5) In dieser Definition steckt einerseits die Aussage, dass Medizin und Medikamente Substanzen sind, materielle Gegenstände, die beweglich sind und daher getauscht und gehandelt werden können. Ihnen werden andererseits „powers to transform“ (Whyte et al. 2002: 5) zugesprochen, also Bedeutungen und Fähigkeiten, Veränderungen im Körper hervorzurufen, und somit bestimmte Erkrankungen zu heilen (vgl. Janzen 2002: 154).

Transformative powers can be put to different purposes. Prototypically, medicines are meant to heal. They should do something about disease. Some medicines, such as vaccines, are meant to prevent particular diseases, or, like vitamins and tonics, to strengthen the body. (Whyte et al. 2002: 5)

Unter Medizin fallen sowohl Medikamente und Heilmittel, die Krankheiten bekämpfen, präventive Mittel wie Impfungen oder aber den Körper stärkende und aufbauende Substanzen. Darunter können auch Nahrungsmittel, Heilkräuter und Substanzen verstanden werden, denen medizinische Funktionen und Wirkweisen zugeschrieben werden.

3.1.6. Erklärungsmodell

Arthur Kleinman (1980) prägte das Konzept des „Explanatory Models“ (Erklärungsmodell). Erklärungsmodelle beinhalten Konzepte über Krankheiten und Symptome, Erklärungen über Krankheitsursachen, -verlauf und Vorstellungen über Behandlungen (vgl. Kleinman 1980: 105). Die Erklärungsmodelle der PatientInnen und deren lay referral group¹¹ beeinflussen zum einen das health-seeking behaviour¹² (vgl. Kleinman 1980: 105). Dabei müssen Erklärungsmodelle von generellen Vorstellungen über Krankheit und Gesundheitsversorgung innerhalb des health care systems abgegrenzt werden, da Erklärungsmodelle – auch wenn sie auf das generelle Glaubenssystem aufbauen – als Antwort auf bestimmte Krankheitsepisoden zu verstehen sind (vgl. ebd.: 106): „They [explanatory models] are formed and employed to cope with a specific health problem, and consequently they need to be analyzed in that concrete setting.“ (ebd.) Dabei bauen Erklärungsmodelle oft nicht allein auf eine einzige Referenz auf, sondern stellen eine Vernetzung unterschiedlicher Konzepte und Erfahrungen dar (vgl. ebd.: 107).

Andererseits treffen in der klinischen Interaktion unterschiedliche Erklärungsmodelle von Ärztin bzw. Arzt und PatientIn aufeinander: „Explanatory models are notions about an episode of sickness and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process.“ (Kleinman 1980: 105) Die Ärztin oder der Arzt tritt dabei meist mit einem Verständnis über Krankheit (disease), der/die PatientIn mit einem Erklärungsmodell über Kranksein (illness) in die Interaktion ein (vgl. Kleinman 1980: 73). Der Verlauf der Interaktion bestimmt im Weiteren das Einhalten der verordneten Therapie (compliance) bzw. deren Ablehnung (non-compliance).

¹¹ Die lay referral group bezeichnet die Gruppe von Personen, die während des health-seeking processes die Patientin bzw. den Patienten begleitet.

¹² Health-seeking behaviour bezeichnet das Gesundheitsverhalten und die Nutzung von Medizinsystemen.

3.1.7. Körper und embodiment

Die Termini „Körper“ und „embodiment“ sind zentral in der Kultur- und Sozialanthropologie sowie in der Medical Anthropology. Der Körper wurde innerhalb der Kultur- und Sozialanthropologie lange Zeit als ahistorisch und universell betrachtet. Seit den 1980er Jahren setzte sich die Disziplin jedoch verstärkt mit den Themen Körper, Selbst, Emotionen und Widerstand auseinander (vgl. Scheper-Hughes 1994: 229). Thomas Csordas argumentierte in seinem Artikel „Embodiment as a Paradigm for Anthropology“ (1990) für ein eigenes Paradigma innerhalb der Disziplin.

Nancy Scheper-Hughes begreift den Körper in seiner kulturellen und historischen Dimension: "The hypothesized 'body' of which I speak ... [is] both unquestioningly real and existentially given, even though its very givenness is always historically and culturally produced." (Scheper-Hughes 1994: 230) Sie bezieht sich hier mitunter auf Bourdieus Konzept von „Habitus“: Der Körper zeichnet sich durch embodiment (oder Somatisierung von Kultur) aus, und wird damit zum Ausdrucksmittel von Kultur. Dabei wird die soziale, in den Körper eingeschriebene, Struktur vom individuellen Körper über die Praxis ausgelebt und damit reproduziert. Habitus kann also als der habituierte, körperliche Ausdruck von sozialer Identität, Zugehörigkeit und damit kultureller Bestätigung verstanden werden (vgl. Scheper-Hughes 1994: 231). Habitus ist die Summe aller Praktiken, die sich im unbewussten Kollektiv finden, und durch die Praktiken des individuellen Habitus repräsentiert werden. Dabei stellt die individuelle Praxis von AkteurInnen nur eine Ausprägung aller Möglichkeiten dar (vgl. Bourdieu 1977: 72, zitiert nach Csordas 1990: 11).

Thomas Csordas bezeichnet „Körper“ als biologische, materielle Ganzheit und „embodiment“ als ein methodologisches Feld, das von Wahrnehmung, Präsenz und Handlung in der Welt definiert wird (1994: 12). Der Körper kann sowohl als Objekt, wie in der Biomedizin, wahrgenommen werden, oder aber als Subjekt von Wahrnehmung, Empfindung und der Welt (vgl. Csordas 1994: 8). Den Körper jedoch als Objekt zu betrachten, auf den Kultur einwirkt bedeutet ihn von der Teilnahme an Kultur auszuschließen (ebd.). Thomas Csordas sieht daher den Körper nicht als Objekt, sondern als Subjekt von Kultur an, und bezeichnet ihn sowohl als „the existential ground of culture and self“ (Csordas 1990: 5) als auch als „product of culture“ (Csordas 2002: 3). Der Körper wird als Basis für Kultur begriffen, und über ihn können Kultur und das Selbst analysiert werden (vgl. Csordas 1990: 39).

Die Phänomenologie der Wahrnehmung basiert in der Phänomenologie des Leibes. Der Leib wird von Merleau-Ponty als Bedingung für die Wahrnehmung und eine Perspektive auf die

Welt gesehen (1966: 239ff). Die Welt wird vom Körper aus individuell wahrgenommen und erlebt, von diesem aus wird ein Gesichtspunkt zur Welt eingenommen, und diese Erfahrung wiederum ist die Grundlage für Reflexion und Denken (ebd: 4ff, 239). Der Leib ist „Mittel unserer Kommunikation mit der Welt“ (vgl. Merleau-Ponty 1966: 117), denn jede Erfahrung bezieht sich auf die Welt, „insofern wir zur Welt sind durch unseren Leib und mit ihm sie wahrnehmen“ (vgl. ebd.: 243).

Nancy Scheper-Hughes hat gemeinsam mit Margaret Lock das Konzept der zwei Körper von Mary Douglas¹³ überarbeitet, und das Konzept der drei Körper entwickelt, bestehend aus dem individuellen Körper, dem sozialen Körper und Körperpolitik. Der individuelle Körper stellt den phänomenologischen Ansatz dar, es geht hierbei um die gelebte persönliche Erfahrung des Individuums. Der soziale Körper steht für die Einschreibung sozialer Strukturen in den Körper. Er agiert als Symbol und repräsentiert die Struktur (strukturalistischer Ansatz) Körperpolitik hingegen versteht den Körper als Ort für Regulation und Normierung (vgl. Scheper-Hughes 1994: 230ff).

3.2. Das Phänomen Medizinpluralismus

Medizinpluralismus wurde erst Ende der 1970er Jahre als Phänomen wahrgenommen, und löste die bis dato vorhandene wissenschaftliche Meinung ab, dass in jeder Gesellschaft nur ein Medizinsystem existiere. Medizinpluralismus bezeichnet das Phänomen des Nebeneinanderbestehens von verschiedenen Medizinsystemen und –traditionen „or bodies of practice and thought“ (Janzen 2002: 292) innerhalb einer Gesellschaft (vgl. Whyte et al. 2002: 11, Barnard/Spencer 2002: 359). John Janzen beschreibt dies folgendermaßen: „Medical anthropology has used the notion of medical pluralism to describe the coexistence of ideas and practitioners from several traditions occupying the same therapeutic space in a society.“ (2002: 234). Charles Leslie (1976a: 9) als einer der Pioniere in der Entwicklung des Konzepts Medizinpluralismus beschreibt Medizinsysteme einer Gesellschaft als „pluralistic structures of different kinds of practitioners and institutional norms“.

¹³ Die zwei Körper bezeichnen den sozialen und den physischen Körper (vgl. Douglas 1973, zitiert nach Csordas 1994: 5).

John Janzen differenziert Medizinpluralismus in drei Typen (2002: 234):

1. Asymmetrischer Pluralismus: Neben einer dominanten, weil institutionalisierten, offiziellen, legalen und professionellen Medizin besteht eine alternative, periphere, nicht offizielle, manchmal sogar illegale und kaum professionalisierte Medizin.
2. Symmetrischer Pluralismus: Verschiedene medizinische Traditionen bestehen gleichwertig nebeneinander innerhalb einer Gesellschaft.
3. Thematischer Pluralismus: Hier wird von integrierten Systemen gesprochen, da verschiedene Ideen, Therapien und Praktiken aus anderen Traditionen in die eigene Medizin eingebaut werden. Hierbei kann auch von medizinischem Synkretismus gesprochen werden.

Ruth Kutalek differenziert das Phänomen Medizinpluralismus ebenfalls und verortet es sowohl auf der Makro- als auch der Mikroebene. Die Nutzung mehrerer Medizinsysteme und das Aufsuchen verschiedener HeilerInnen, ÄrztInnen reflektiert die Makroebene, Medizinpluralismus auf der Mikroebene bedeutet hingegen, dass einE HeilerIn Heilmethoden aus unterschiedlichen Medizinsystemen verwendet (vgl. 2003: 60).

Ich werde im Folgenden auf die Anfänge und die Entwicklung des Verständnisses über Medizinpluralismus eingehen und nachfolgend die derzeitige Perspektive auf das Phänomen erläutern. Danach gehe ich sowohl auf das health-seeking behaviour als auch auf die lay referral group ein, da beide in Zusammenhang mit Medizinpluralismus eine wichtige Rolle spielen.

3.2.1. Die Entstehung des Konzepts „Medizinpluralismus“

Studien über verschiedene Medizinsysteme sowie eine vergleichende Perspektive haben zu tieferen Erkenntnissen bzw. der (Weiter)Entwicklung von Konzepten über Medizinpluralismus geführt. Gerade ein interdisziplinärer Ansatz, wie ihn die Medical Anthropology vertritt, und komparative Arbeiten über Medizinsysteme haben hierfür einen Beitrag geleistet (vgl. Kleinman/Kunstadter 1978: 1, Kleinman 1980: xi).

Anthropologen wie Charles Leslie (1976), Arthur Kleinman (1980) und John Janzen (1978, 2002) haben dazu beigetragen, dass gegen Ende der 1970er Jahre Erkenntnisse über Medizinpluralismus – d.h. das Nebeneinanderbestehen mehrerer Medizinsysteme in einer

Gesellschaft – die ursprüngliche Annahme ablösen, dass in einer Gesellschaft lediglich ein Medizinsystem bestehen würde (vgl. Wolf 2004: 4).

Charles Leslie nahm als einer der einflussreichsten Anthropologen auf diesem Gebiet eine stimulierende Funktion in Debatten über „medical systems“ ein, vor allem da er aktiv an der Organisation von Konferenzen und der Aufbereitung ihrer Ergebnisse¹⁴ mitgewirkt hat (vgl. Janzen 2002: 36, Leslie 1976a: 9). Gemeinsam mit Allan Young schrieb er, dass das Interesse westlicher Wissenschaftler an asiatischen medizinischen Traditionen anfänglich auf eine pragmatische Sichtweise beschränkt war, die asiatische Medizinsysteme zu „technologies for managing illnesses“ (Leslie/Young 1992: 1) marginalisierte, und sie als potentielle Quelle für wirksame Behandlungsmethoden und Heilmittel betrachtete. „But now things are different. We take for granted that Asian medical systems are worth studying in their own right...“ (Leslie/Young 1992: 1).

Der Sammelband „Asian Medical Systems“ (Leslie 1976) vereint verschiedene Artikel zu und wissenschaftliche Perspektiven über asiatische Medizinsysteme, und hat ein neues Feld in der Wissenschaft geöffnet. Asiatische Medizinsysteme wurden nun als dynamische, veränderliche Systeme wahrgenommen. Wesentlich ist dabei zu unterscheiden zwischen in der klassischen Literatur verankerten Theorien über ein Medizinsystem und den lokalen Ausprägungen und Variationen (vgl. Leslie/Young 1992: 5).

Charles Leslie hat durch seine Feldforschungen in Südasien Erkenntnisse über die Koexistenz mehrerer medizinischer Traditionen in einer Gesellschaft gewonnen: Bis dato wurde innerhalb der Wissenschaft angenommen, dass in jeder Gesellschaft nur ein einziges Medizinsystem bestehe (vgl. Leslie 1976b: 356). Charles Leslie hat damit das Konzept des Medizinpluralismus wesentlich mit gestaltet, wie Janzen folgendermaßen bestätigt:

The wider consequence of the study of Asian medicine within anthropology has been the emergence of a more sophisticated understanding of the coexistence of multiple medical traditions, or as bodies of practice and thought, within cultures and civilizations, a circumstance that anthropologists have come to call medical pluralism. (Janzen 2002: 11)

Arthur Kleinman, Psychiater und Anthropologe, hat in seinem vielzitierten Standardwerk „Patients and Healers in the Context of Culture“ (1980) einen theoretischen Rahmen für die Verbindung von Medizin und Kultur geliefert, der mit Adaptionen bis heute verwendet wird. Beispielsweise das disease/illness-Modell wurde um sickness und suffering erweitert. *Disease* umfasst damit die „objektiv“ beobachtbaren Symptome, *illness* das subjektiv erlebte, aber

¹⁴ Die Sammelbände „Asian Medical Systems“ (Leslie 1976) und „Paths to Asian Medical Knowledge“ (Leslie/Young 1992) basierten beide auf Konferenzen.

kulturell eingeschriebene Kranksein des/der PatientIn. *Sickness* soll nun die subjektive Erfahrung von *suffering* (Leiden) beschreiben. Vor allem Kleinman's Studien in Taiwan haben wesentliches Material für theoretische Modelle über das health care system geliefert (vgl. Kapitel 3.1.4).

Im Folgenden werde ich das Phänomen Medizinpluralismus sowie die Veränderung der Wahrnehmung des Phänomens besprechen.

In den 1960er Jahren wurde v.a. von ÄrztInnen sowie NGOs angenommen, dass durch die Bereitstellung einer hochwertig entwickelten medizinischen Versorgung – der Biomedizin – in den so genannten Entwicklungsländern andere lokale Medizinsysteme verschwinden würden (vgl. Greifeld 2003: 31). Entgegen dieser Annahme wurde die Biomedizin (und das in einem globalen Ausmaß) in die jeweiligen Gesellschaften integriert. Dies wurde jedoch keineswegs als Widerspruch erachtet, sondern die verschiedenen Medizinsysteme wurden von der Bevölkerung komplementär genutzt (vgl. ebd., Eriksen 2001: 254, Janzen 1978: 3). Dabei kam keine Kollision unterschiedlicher Weltbilder, Erklärungsmodelle und Wissenssysteme, die hinter den Medizinsystemen standen, zustande, sondern neue therapeutische Maßnahmen wurden von den EinwohnerInnen als Erweiterung der lokalen Behandlungsmethoden genutzt (vgl. Eriksen 2001: 254). Janzen beschreibt dies in seiner Studie in Zaire (heute: demokratische Republik Kongo) folgendermaßen: "Indigenous therapeutic traditions and imported Western medical practices are intertwined and coexist at every level of society. The therapy managers in individual cases move back and forth between specialists and activities of both systems." (Janzen 1978: 37)

Anfangs gingen AnthropologInnen davon aus, dass die Nutzung mehrerer Medizinsysteme in einer bestimmten linearen Reihenfolge verlaufen würde. Seit den 1980er Jahren wurde diese Annahme davon abgelöst, dass verschiedene Faktoren die Entscheidung darüber beeinflussen welches oder welche Medizinsysteme wann und wie genutzt werden, und dass verschiedene Therapien nach- oder nebeneinander in Anspruch genommen werden können (vgl. Greifeld/Schmidt 2003: 118, Wolf 2004: 4).

Medizinpluralismus ist in allen Teilen der Welt und in allen Gesellschaften in verschiedenen Ausprägungen vorhanden. Verschiedene kleinere und größere Medizintraditionen koexistieren in unterschiedlichem Ausmaß nebeneinander (vgl. Leslie 1976a: 8, Janzen 2002: 234f). Baer, Singer und Susser gehen davon aus, dass in vorindustriellen Gesellschaften ein kohärenteres

Medizinsystem besteht, wohingegen in industriellen Gesellschaften das Phänomen Medizinpluralismus zu finden sei:

In contrast to simple preindustrial societies, which tend to exhibit a more-or-less coherent medical system, state societies manifest the coexistence of an array of medical systems, or a pattern of *medical pluralism*. From this perspective, *the* medical system of a society consists of the totality of medical subsystems that coexist in a cooperative or competitive relationship with one another. (Baer/Singer/Susser 2003: 9)

Zur Koexistenz verschiedener Medizinsysteme innerhalb einer Gesellschaft, kommt hinzu, dass Medizinsysteme in sich selbst plural sind. Als dynamische, komplexe Systeme sind sie für Einflüsse aus anderen Systemen, prozesshafte Veränderungen und Weiterentwicklung offen (vgl. Wolf 2004: 4, Dunn 1976: 136). Seit Jahrhunderten haben sich Medizinsysteme gegenseitig beeinflusst. Auch die Biomedizin ist kein in sich geschlossenes System, sondern wurde von unterschiedlichen Einflüssen geformt und durch ihre weltweite Verbreitung regional von neuen Elementen geprägt: „Obviously, cosmopolitan medicine is subject to considerable regional and local variation – it is not globally homogeneous.“ (Dunn: 1976: 136) Auch Janzen sieht die Biomedizin als ein plurales Medizinsystem an: „The health cultures found in many Western cities and communities today reflect a cross-section of the global health traditions that came into being and developed over centuries.“ (Janzen 2002: 53)

Ideen und Wissen als Teile medizinischer Traditionen sind beweglich. Austausch über medizinisches Wissen und Ideen über Gesundheit und Heilung waren in und zwischen Asien, Europa und anderen Teilen der Welt schon seit Jahrhunderten vorhanden, was sich durch die Analyse medizinischer Traditionen erschließen lässt (vgl. Janzen 2002: 54ff, Leslie/Young 1992: 5, Leslie 1976a: 1): Aspekte medizinischer Praktiken anderer Medizinsystemen wurden beispielsweise in asiatische oder europäische Medizinsysteme integriert oder beeinflussten diese in ihrer Entwicklung. Beispielsweise Humoralkonzepte finden sich sowohl in westlichen als auch in asiatischen Medizinsystemen wieder.

3.2.2. Health-seeking behaviour

Medizinpluralismus, die Koexistenz verschiedener Medizinsysteme, lässt sich nun als ein Rahmen begreifen, in dem Handlungsspielraum für das so genannte „health-seeking behaviour“ besteht. Health-seeking behaviour bezeichnet damit das Gesundheitsverhalten: die AkteurInnen können die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen nutzen.

Die Stufen des health-seeking processes können unterteilt werden in die Wahrnehmung der Symptome und Registrierung des Problems, der Bewertung der Krankheit, die Diagnose und das Finden eines Erklärungsmodells, das Definieren einer Lösung für das Problem und Entscheidung über den health-seeking process (vgl. Janzen 1978: 63, Kleinman 1980: 51f). Danach folgt eine Evaluation des Erfolgs und Effekts der Behandlung sowie die Entscheidung über weiteres Vorgehen (vgl. Kleinman 1980: 51f). Dabei wird der/die PatientIn erst dann aktiv, wenn die Symptome sichtbar oder störend werden, und eine Entscheidung wird mit der Erwartung einer Veränderung getroffen (vgl. Lau 1996: 110f).

Den Individuen stehen vielfältige Möglichkeiten zur Auswahl um ein gesundheitliches Problem zu behandeln, da unterschiedliche Medizinsysteme für den „quest for therapy“ (Janzen 1978) vorhanden sind. Dabei können sie komplementär, also gleichzeitig oder hintereinander verschiedene Medizinsysteme nutzen, was als integratives health-seeking bezeichnet werden kann (vgl. Lew-Ting 2005: 2111). Chih-Yin Lew-Ting beschreibt dies folgendermaßen: „The blending the use of diagnostic and therapeutic procedures derived from different medical traditions is an underlying reality while addressing medical pluralism“ (2005: 2111f). Thomas Ots meint des weiteren, dass durch die Komplementärnutzung von verschiedenen Medizinsystemen Ressourcen optimal genutzt werden: „Die chinesischen Patienten unternehmen Schritte in Richtung Ganzheitlichkeit, wenn sie die westliche und die traditionelle chinesische Medizin komplementär nutzen, sich darüber hinaus Verfahren der Volksheilkunde zu eigen machen und die Möglichkeiten der Eigentherapie ausschöpfen.“ (Ots 1999: 229)

Das health-seeking behavior wird durch Entscheidungsprozesse und individuelle Präferenzsysteme von den PatientInnen bestimmt (vgl. Foster/Anderson 1978: 248f). Dabei besteht für sie kein Widerspruch darin, zwei oder mehrere unterschiedliche Medizinsysteme innerhalb einer Krankheitsepisode zu nutzen (vgl. Foster/Anderson 249, Eriksen 2001: 226, Rubel/Hass 1996: 123). Sie sind sich auch durchwegs der Unterschiede zwischen den Medizinsystemen bewusst, jedoch wählen sie für bestimmte Krankheitsepisoden jene Elemente aus, die ihrer Wahrnehmung nach am effektivsten sind: „...they have noted that while one tactic works well on one occasion, another 'resort' seems more desirable for another occasion.“ (Foster/Anderson 1978: 250) Dabei muss nicht unbedingt das theoretische Konzept eines Medizinsystems verstanden werden, um es zu nutzen. Meist ist es auch unmöglich dieses in die Logik eines anderen Medizinsystems zu übersetzen, da jedes Medizinsystem ein "separate and unique rational system[s] of knowledge" (Janzen 1978: 40) darstellt.

Entscheidungen über das Gesundheitsverhalten werden aufgrund von Wissen, Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, Erklärungsmodellen über die Erkrankung sowie über Behandlungsmethoden gefällt (vgl. Lau 1996: 111). Vorstellungen und Wissen über die Krankheit haben jedoch laut Rubel und Hass (1996: 123) keine Vorhersagekraft für das health-seeking behaviour. Die wahrgenommene Ernsthaftigkeit der Symptome spielt eine wesentliche Rolle in der Wahl der Behandlungsmethode: Weniger ernste Symptome werden eher im Populärsektor selber behandelt, bei Ernsthaftigkeit oder Versagen der Selbstbehandlung wird eher Hilfe im Volks- oder professionellen Sektor gesucht (vgl. Lau 1996: 111, Leslie 1992: 205). Die Entscheidung welcheR HeilerIn oder ExpertIn bzw. Experte aufgesucht wird, wird aufgrund vorhandener Erfahrungen, der Kategorisierung des Problems, Ratschlägen des sozialen Umfelds und dem Vorhandensein von Ressourcen getroffen (vgl. ebd.). Das health-seeking behaviour reflektiert also nicht alleine die Vorstellungen des/der PatientIn, sondern auch jener der „lay experts“ (Kleinman 1980: 52), also des sozialen Umfeldes - der Familie und FreundInnen (vgl. Rubel/Hass 1996: 123). Darüber hinaus spielen soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozioökonomische Klasse, Kosten einer Behandlung, geografische Lage und Zugänglichkeit von Gesundheitseinrichtungen, Verfügbarkeit von Ressourcen usw. eine Rolle (vgl. Kutalek 2003: 62, Rubel/Hass 1996: 123). Manchmal werden bestimmte krankheitsspezifische Strategien angewendet: Bestimmte Medizinsysteme oder Behandlungsmethoden werden besonders effektiv für bestimmte Erkrankungen wahrgenommen (vgl. Rubel/Hass 1996: 123).

Je größer das medizinpluralistische Angebot ist, desto komplexer muss der health-seeking process gesehen werden: „The linkage between medical knowledge and social context becomes considerably more complicated the more medically pluralistic a society is.“ (Rubel/Hass 1996: 124)

Prinzipiell wird Selbstbehandlung als erste therapeutische Maßnahme angewandt. Im Laufe des health-seeking processes kann der Eintritt in den professionellen oder Volkssektor beschlossen werden. Die sogenannte „lay referral group“ spielt hier häufig eine Rolle, da sie die ExpertInnen im Populärsektor darstellen.

3.2.3. Lay referral group

Die „lay referral group“ besteht aus „a variable lay culture and a network of personal influence along which the patient travels on his way to the physician“ (Freidson 1960: 374). Sie bezeichnet damit die Gruppe von Personen, die die/den PatientIn während des health-seeking

processes begleitet. Dabei kann mit der lay referral group über Symptome und Heilmittel oder Medikamente diskutiert, Informationen über ÄrztInnen und deren Kompetenzen ausgetauscht und Ratschläge zur Verfügung gestellt werden: “Indeed, the whole process of seeking help involves a network of potential consultants, from the intimate and informal confines of the nuclear family through successively more select, distant, and authoritative laymen, until the ‘professional’ is reached.” (Freidson 1960: 377) Freidson hat hier die Bedeutung der lay referral group für den health-seeking process deutlich gemacht, darüber hinaus kann sie jedoch auch den therapeutischen Prozess einleiten.

John Janzen (1976) hat den Begriff der “therapy management group“ mit seiner Studie über Medizinpluralismus in Zaire (heute: demokratische Republik Kongo) begründet: Die therapy management group ist eine Gruppe bestehend aus Familie, Verwandten und/oder NachbarInnen, die den/die PatientIn während des health-seeking process’ begleitet, Unterstützung zusichert, Informationen gibt, am Entscheidungsprozess beteiligt ist und Therapien arrangiert (vgl. Janzen 1976: 4). Dabei verhandelt die therapy management group über die Nutzung verschiedener Medizinsysteme und –ressourcen sowie über „the interaction or complementarity among those resources“ (Csordas/Kleinman 1996: 10). Der Begriff der therapy management group lässt sich nur teilweise auf meine Arbeit übertragen, denn in Janzens Forschung wird die/der PatientIn als passiv erlebt, da die Entscheidungen über den therapeutischen Prozess größtenteils von der therapy management group übernommen werden. Ich werde daher den Begriff lay referral group verwenden, um auf Individuen – „lay experts“ (Kleinman 1980: 52) – zu verweisen, die eine Rolle im Entscheidungsprozess des/der PatientIn spielen, ohne diesen zu übernehmen. Dabei stellen die lay referral group dem/der PatientIn Informationen und Tipps zur Verfügung und kann auch den therapeutischen Prozess einleiten. Der/die PatientIn bleibt hier jedoch immer noch selbstbestimmteR AkteurIn.

3.3. Medikamente in einer globalisierten Welt

Wir leben in einem Zeitalter der Globalisierung, in dem nicht nur Menschen von einem Ort der Welt zu einem anderen reisen. Auch Waren, Ideen und Vorstellungen wandern und können sich in anderen Teilen der Welt etablieren und neu kontextualisiert werden.

Eric Wolf stellt in seinem Werk „Die Völker ohne Geschichte“ (1986) die weltweiten Verflechtungen und globalen Warenströmen dar, die sich im Laufe der letzten Jahrhunderte entwickelt haben. Von der Kultur- und Sozialanthropologie wurden diese Verbindungen und Verflechtungen sehr lange übersehen, was sich in dem früher vorherrschenden Kultur-Begriff

einer in sich geschlossenen, einheitlichen und somit statischen Gruppe oder Gesellschaft gezeigt hat (vgl. Wolf 1986: 18). Kultur ist nun aber in seiner Dynamik und Prozesshaftigkeit zu begreifen, die auch und vor allem durch verschiedene Einflüsse und Verknüpfungen beeinflusst wird. Ganz wesentlich ist es, die Welt als System zu verstehen, in der Gesellschaften, Regionen und Orte miteinander in Beziehung stehen und somit miteinander verbunden sind (vgl. Wolf 1986: 531). Verbindungen und Beziehungen sind über Zeit und Raum hinweg entstanden und auch veränderbar. Sie sind ebenso wenig statisch, wie es dem Kulturbegriff zugeschrieben wurde. Wichtig sind diese Vernetzungen in der Betrachtung von Migration, aber auch im Hinblick auf globale Wege für Waren. Ein Beispiel „für die Verflechtung von lokalen Welten und des weltweiten Flusses von Dingen und Ideen, die unter dem Begriff der Globalisierung erfasst werden“ (Whyte 2002: 31) sind Medizin, Medikamente und Heilmittel. Medikamente und das damit verbundene Wissen wurden schon seit Jahrhunderten getauscht und weitergegeben, jedoch hat nach dem 2. Weltkrieg „the great drug therapy era“ (Whyte et al. 2002: 9) eingesetzt, und das Ausmaß des weltweiten Handels von Medikamenten extrem zugenommen.

Medizin, Medikamente und Heilmittel sind als soziale und kulturelle Phänomene zu begreifen (vgl. Whyte et al. 2002: 5). Sie sind in soziale Beziehungen eingebettet und mit bestimmten Informationen und Bedeutungen verbunden (vgl. Whyte 2002: 31). Das Wissen um die Verwendung eines Medikamentes findet sich nicht nur im Beipackzettel (sofern dieser vorhanden ist), sondern auch in den Erklärungen der Ärztin bzw. des Arztes, in den subjektiven Erfahrungen mit einem Medikament und schließlich durch die Informationen, die vom sozialen und kulturellen Umfeld gegeben werden bzw. erlernt wurden. Die Informationen und Vorstellungen über ein gewisses Produkt beeinflussen dessen Verwendung und damit auch die Wirkung eines Medikaments (vgl. Whyte 2002: 32). Gerade die Verwendung von Medikamenten ist an das Wissen über sie verbunden.

Susan Whyte verwendet das Konzept von Arjun Appadurai, bei dem Waren und Gegenstände ein „soziales Leben“ haben und legt es auf Medikamente um: Medikamente sind Waren, die genauso gehandelt werden wie andere Güter auch (vgl. Whyte 2002: 35). Jedoch dürfen wir nicht vergessen, dass Medikamente und Heilmittel aus dem lokalen Herstellungskontext heraustreten können, in den globalen Warenhandel hinein, und sich dann an anderen Orten der Welt wieder finden (vgl. Whyte 2002: 34ff).

Drei analytische Konzepte in Bezug auf Medikamente und Globalisierung werden von Susan Whyte genannt: die Kommoditisierung, die Veränderung sozialer Beziehungen und die

kulturelle Politik von Medikamenten (vgl. Whyte 2002: 36). Ich werde im Folgenden auf die Kommoditisierung eingehen, da ich nur dieses Konzept in meiner Arbeit verwenden werde: Kommoditisierung meint, dass Informationen überall leicht zugänglich sind. Werbung und Medien liefern Informationen, Wissen kann aus Zeitschriften, Büchern und nicht zuletzt aus dem Internet generiert werden. Gerade das Internet reiht sich ein in die globalen Netzwerke, und ermöglicht es Zugang zum Wissen über den eigenen Körper, über Gesundheit und Heilmittel zu bekommen (vgl. Ussher 2000: 3). Medikamente können zu einer Art „Volksmedizin“ werden, denn das Wissen liegt jetzt nicht allein in den Händen der Ärztin oder des Arztes, sondern der/die PatientIn kann Informationen aus diversen weiteren Quellen beziehen. Dadurch werden Medikamente allerdings „weit verbreitet, allgemein, normal und vertraut“ (Whyte 2002: 36). Auch die Vorstellungen über Gesundheit und Kranksein und Körperkonzepte verändern sich durch diese Verfügbarkeit und Präsenz von Medikamenten und Informationen (vgl. Whyte 2002: 38).

Die biografische Dimension von Medizin und Medikamenten lässt sich in folgenden Schritten erfassen: Die Herstellung, der Vertrieb (über Apotheken, Shops etc.), die Aneignung von der Konsumentin bzw. dem Konsumenten (über Verschreibung von einer Ärztin bzw. einem Arzt oder Direktkauf), die Anwendung bzw. Einnahme des Medikaments und schließlich der Effekt auf die Konsumentin bzw. den Konsumenten (vgl. Janzen 2002: 155).

Die Verschreibungspflicht eines Medikamentes bedeutet gleichzeitig die Autorisierung der Ärztin oder des Arztes, und geht einher mit Machtverhältnissen, Zugangsbeschränkungen und Kommunikation. Dadurch wird eine soziale Beziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und PatientIn hergestellt, die bei einem Direktkauf in Apotheke oder Supermarkt nicht geschieht: „Faith in the doctor is replaced by faith in medicine itself or the message about it.“ (Janzen 2002: 156)

4. Medizinpluralismus in China

Beschäftigen wir uns mit dem Zugang chinesischer Studentinnen zu verschiedenen Medizinsystemen, müssen wir die Herkunft der Frauen in Betracht ziehen. Die komplementäre Stellung von westlichem und chinesischem Medizinsystem in China spielt dabei genauso eine Rolle, wie auch der soziale, kulturelle und historische Kontext Chinas (vgl. Kleinman 1980: 24ff). Innerhalb dieses Rahmens findet Sozialisation, Wissenserwerb und das Erlernen des Habitus statt (Kleinman 1980: 36ff). Die soziokulturellen Hintergründe sind wichtig um zu

verstehen, auf welche Art und Weise vorhandenen Ressourcen von chinesischen Studentinnen, die in Österreich leben, genutzt werden.

Die geschichtliche Entwicklung der Institutionalisierung von chinesischer und westlicher Medizin in China ist der historische Kontext für die Komplementärnutzung beider Medizinsysteme. Ich werde diese historische Entwicklung sowie des Weiteren einige grundlegende Konzepte der traditionellen chinesischen Medizin besprechen, die die Erklärungsmodelle und Körperkonzepte von ChinesInnen und damit das health-seeking behaviour beeinflussen.

4.1. Die Geschichte zweier Medizinsysteme in China

Nachdem Medizinsysteme historische Produkte darstellen, die sich dynamisch und prozesshaft entwickelt haben und weiterentwickeln werden, werde ich im Folgenden die geschichtliche Grundlage für Medizinpluralismus in China skizzieren:

...Asian medical systems cannot be fully understood outside the stream of history. Because history is a process running through the present into the future and because a people's or a culture's history is the product of both endogenous and exogenous forces... (Leslie/Young 1992: 5)

Die chinesische Medizin wurde innerhalb Chinas im Laufe der letzten zwei Jahrhunderte sehr unterschiedlich bewertet. Je nach politischer Gesinnung wurde sie entweder als rückständig bezeichnet, oder aber als traditionelles Erbe und Nationalgut betrachtet.

Neue Entwicklungen und Erkenntnisse, vor allem im Bereich der Chirurgie, sowie Erfolge bei der Bekämpfung von Infektionen, Epidemien und Seuchen unterstützten die internationale Verbreitung der Biomedizin (vgl. Ots 1999: 14, Unschuld 1976: 303). Auch in China, wo Seuchen und Epidemien ein Problem darstellten, wurden biomedizinische Methoden und Pharmazeutika erfolgreich eingesetzt (vgl. Ots 1999: 14). In den 1930er Jahren feierte die westliche Medizin in China weitere Erfolge, da in den Kriegen¹⁵ chirurgische Maßnahmen und Wundversorgung nützlich waren (vgl. Ots 1999:19). Anfang des 20. Jahrhunderts wurde so die westliche Medizin unter dem Eindruck ihrer Kompetenzen zum Synonym für moderne Wissenschaft, und dem gegenüber wurde die chinesische Medizin als traditionell und somit rückständig bezeichnet (vgl. Ots 1999: 15, Unschuld 1976: 306).

¹⁵ Ots spricht hier den Bürgerkrieg zwischen Nationalisten und Kommunisten sowie die Besetzung von Teilen Chinas durch die Japaner an (vgl. Ots 1999: 19).

Die westliche Medizin konnte aber die chinesische Medizin nicht ersetzen, unter anderem dadurch, weil zu wenige westlich ausgebildete ÄrztInnen vorhanden, und die Ressourcen unzulänglich waren (vgl. Ots 1999: 15f, Unschuld 1976: 315). Um nun die medizinische Versorgung für das Volk trotzdem gewährleisten zu können, wurden chinesische ÄrztInnen mit kommunistischem Gedankengut und westlichem Medizinwissen ausgestattet und somit das Konzept der Barfuß-Ärztin bzw. des Barfuß-Arztes¹⁶ entwickelt und erfolgreich eingesetzt (vgl. Unschuld 1976: 315, Ots 1999: 21f). In den 1930er Jahren wurde keine Vereinigung von zwei Medizinsystemen angestrebt, sondern eine notwendige Kooperation und ein Zusammenwirken der beiden Medizinsysteme. Der Fokus war stattdessen auf eine Förderung der westlichen Medizin gerichtet, die chinesische Medizin wurde nur wegen „medizinischem Notstand“ (Springer 2004: 28) geduldet.

Nach der Gründung der Volksrepublik China im Jahre 1949 erlebte die chinesische Medizin eine Aufwertung, sie wurde zum Nationalerbe und einem Symbol für Tradition (vgl. Springer 2004: 22). Die chinesische Medizin wurde in das staatliche Gesundheitssystem eingebunden, standardisiert und somit zur „traditionellen chinesischen Medizin“ gemacht (vgl. Springer 2004: 32). Die Vereinheitlichung der chinesischen Medizin führte zu einer Reduktion der großen Vielzahl von unterschiedlichen Traditionen (vgl. Springer 2004: 32). Traditionelle chinesische und westliche Medizin wurden nun gleichgestellt und sollten miteinander verbunden werden, um die Ressourcen aus beiden Medizinsystemen optimal nutzen zu können (vgl. Ots 1999 22ff, Springer 2004: 28).

„In allen großen politischen Kampagnen der VR China, die der ‚Hundert Blumen‘-Bewegung¹⁷ folgten, so auch während der 1966 einsetzenden ‚Großen Proletarischen Kulturrevolution‘, wurde die traditionelle chinesische Medizin propagandistisch vehement gefördert.“ (Ots 1999: 26) Diese politische Propaganda war jedoch mehr als eine Farce zu betrachten, da weiterhin die westliche Medizin von staatlichen Finanzierungen bevorzugt wurde. Die traditionelle chinesische Medizin wurde erst zwischen 1966 und 1978 während der Kulturrevolution gefördert, als die politische Einstellung wissenschaftliche Forschung ablehnte (vgl. Ots 1999: 26ff). In den 1980er Jahren wurde die traditionelle chinesische Medizin endlich von

¹⁶ Barfuß-Ärztinnen und -Ärzte wurden in westliche Diagnosemethoden, Praktiken und die Behandlung mit westlichen Medikamenten eingeschult. Sie wurden dazu aufgefordert auch traditionelle Heilmethoden anzuwenden. Weiters gaben sie Wissen um Hygienemaßnahmen an die Bevölkerung weiter (vgl. Unschuld 1976: 315, Foster/Anderson 1978: 262). „Even more important seems to be the fact that the barefoot doctors are peasant workers in the first place; this implies that they remain with their people.“ (Unschuld 1976: 315) Foster und Anderson bezeichnen Barfuß-ÄrztInnen als „subprofessional workers“ (1978: 254), da sie von ausgebildeten Personen innerhalb einiger Wochen oder Monate in die Arbeit eingeschult wurden.

¹⁷ Die „Hundert Blumen“ Bewegung fand zwischen 1956 bis 1957 statt.

Propagandazielen befreit, das Bestreben nach einer Vereinigung mit der westlichen Medizin abgelegt und eine gleichwertige Existenz zweier Medizinsysteme anerkannt: „Die Politik der Förderung zweier voneinander getrennter Medizinsysteme gilt im Prinzip bis heute.“ (Ots 1999: 30)

Die Bewertung und Förderung der Medizinsysteme hing von den Bestimmungen und Regulierungen des Staates sowie von der Einstellung der Regierung ab. Zeitweise gab es Bestrebungen, traditionelle chinesische und westliche Medizin zusammenzuführen. Paul Unschuld meint, der Grund für das Überleben der traditionellen chinesischen Medizin als eigenständiges System sei ihre theoretische Basis:

Effective drugs and useful techniques could easily ... be integrated into a modern health care delivery system, even without understanding how they work. It is the theory which cannot be integrated and forms the bastion of defence by traditional Chinese practitioners and some Western scholars to keep traditional Chinese medicine separately alive. (Unschuld 1976: 310)

Obwohl traditionelle chinesische und westliche Medizin voneinander getrennt und autonom bestehen, haben sie sich gegenseitig „in einer pluralistischen Systematik“ (Springer 2004: 23) beeinflusst und miteinander interagiert (vgl. Dunn 1976: 151): Diagnose- und Behandlungsmethoden aus der westlichen und traditionellen chinesischen Medizin werden immer wieder miteinander kombiniert (vgl. Ots 1999: 33ff). TCM-ÄrztInnen verwenden beispielsweise westliche Diagnosemethoden, westliche Kliniken richten Abteilungen für traditionelle chinesische Medizin ein, Apotheken verkaufen sowohl westliche als auch chinesische Medikamente (vgl. Unschuld 1976: 310, Ots 1999: 33).

Exkurs Taiwan

Wichtig zu erwähnen ist, dass sich Taiwan in seiner geschichtlichen Entwicklung diesbezüglich von China unterscheidet. Taiwan stand von 1895 bis 1945 unter japanischer Herrschaft, und diese führte starke Restriktionen für die Ausübung der chinesischen Medizin ein. Die westliche Medizin wurde zu der Zeit massiv gefördert und übernahm die dominante Rolle in Taiwan (vgl. Unschuld 1976: 301f).

Nevertheless, when the Chinese Nationalists took over the island, a Western-type health service which exerted great influence on the population had been developed, and the reliance on traditional therapy and drugs had been reduced, although it had not been completely suppressed. (Unschuld 1976: 301)

Die westliche Medizin wird immer noch tendenziell in Taiwan der traditionellen chinesischen Medizin vorgezogen (vgl. Ots 1999: 168). Dennoch besteht genauso wie in China ein

symmetrischer Medizinpluralismus, da die traditionelle chinesische Medizin der westlichen als professionalisiertes Medizinsystem gleichgestellt ist. Die fünfzigjährige Besetzung Taiwans durch Japan und die historischen, kulturellen und sozialen Prozesse, die damit einhergegangen sind, müssen ihre Beachtung finden, wenn es um die komplementäre Nutzung der beiden Medizinsysteme geht. Dennoch sind Ähnlichkeiten in der Komplementärnutzung zu beachten (vgl. Kapitel 9.1).

4.2. Basis-Konzepte der traditionellen chinesischen Medizin

An dieser Stelle müssen einige grundlegende Konzepte erläutert werden, um in weiterer Folge Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen, Vorstellungen über Behandlungsmethoden, Ernährung und Heilmittel verstehen zu können. Unter diese wesentlichen Konzepte fallen einerseits das Konzept der Harmonie, die die Balance von *yin* und *yang* als Basis für Gesundheit betrachtet, und das Konzept von *qi*. Diese beiden Konzepte finden sich in der Vorstellung über Nahrungsmittel und deren Wirkweise wieder. Ich werde sie in den nachfolgenden Kapiteln erläutern.

4.2.1. Das Konzept der Harmonie

Das Konzept der Harmonie basiert auf konfuzianischen Prinzipien, die die Einhaltung von Normen, eine moralische Einstellung und „harmonisches Verhalten“ (Ots 1999: 45) als Grundstein für Gesundheit verlangen. Ein ausgeglichener Lebensstil soll Balance im Körper bewirken, und ist somit die Basis für die Gesundheit des Einzelnen. Ungleichgewicht im Körper wird daher als Grundlage für Krankheit verstanden (vgl. Ots 1999: 44, Beinfield/Korngold 2003: 344, Postert 2003: 73).

Das Konzept der Harmonie zeigt sich in den Prinzipien *yin* und *yang*. *Yin*, das „materiell-erhaltend“ und *yang*, das „funktionell-dynamisch“ ist, „bedingen sich gegenseitig“ (Ots 1999: 45). Störungen im Gleichgewicht durch einen Überfluss oder Mangel von *yin* oder *yang* können als Grund für eine Krankheit ausgelegt werden, Gesundheit hingegen wird durch die Balance von *yin* und *yang* erreicht (vgl. Ots 1999: 45ff, Foster/Anderson 1978: 63).

Paul Unschuld schreibt der Konzeption¹⁸ der traditionellen chinesischen Medizin präventiven Charakter zu, da es um den Erhalt von Balance ging. Die fünf Wandlungsphasen (*wu-hsing*)

¹⁸ Paul Unschuld meint, dass die traditionelle chinesische Medizin ihren präventiven Charakter im Wettbewerb mit der westlichen Medizin jedoch wieder verloren hat, bezieht sich in diesen Aussagen allerdings auf Taiwan (vgl. Unschuld 1999: 305). Inwiefern das nun auf China umzulegen ist, bleibt offen.

sind Aspekte von *qi* und stehen „in energetischer und assoziativer Beziehung“ (Platsch 2005: 3) zueinander und können sich gegenseitig durch ihre Interaktion sowohl nähren als auch zerstören. Sie bezeichnen die Elemente der materiellen Welt - Wasser, Feuer, Metall, Erde und Holz - die sich genauso wie *yin* und *yang* im Kosmos finden und zugleich im menschlichen Organismus repräsentiert werden (vgl. Topley 1976: 247).¹⁹

To prevent disorders, the theories of the Five Evolutive Phases (*wu-hsing*) and *yin-yang* were applied to the organism. The idea that the complementary and mutually destructive powers in the body should be in equilibrium aimed at prevention. (Unschuld 1976: 304)

Grace Xueqin Ma meint, dass die traditionelle chinesische Medizin ein holistisches Konzept darstellt, da der Grund für Krankheit in einem Ungleichgewicht von *yin* und *yang* und in Blockaden von *qi* gesehen wird (vgl. Ma 1999: 435). Die traditionelle chinesische Medizin wird häufig (vor allem in Europa) als ganzheitliche Heilmethode begriffen, was daran liegt, dass sich die Biomedizin durch zunehmende Spezialisierung auf bestimmte Körperteile auszeichnet, die traditionelle chinesische Medizin hingegen Funktionskreise wahrnimmt und somit die Verbindung zwischen Körperteilen und Organen betrachtet²⁰ (vgl. Ots 1999: 227ff).

4.2.2. Das Konzept *qi*

Die Übersetzung und Beschreibung des Konzepts von *qi* gestaltet sich als schwierig: Christian Postert meint, die Schwierigkeit der Übersetzung liege zum einen in der Sprachstruktur, die auf unterschiedlichen Denkmustern basiert, zum anderen darin, dass Begriffe immer mit Bedeutungen aufgeladen sind und dadurch die Beschreibung ebenfalls erschwert wird (vgl. Postert 2003: 72). Die Definition ist in China selbst umstritten und wird dem Kontext entsprechend unterschiedlich dargestellt (vgl. Postert 2003: 73).

Qi lässt sich beispielsweise als eine „Lebenskraft, das Erleben des Lebendigseins selbst“ (Ots 1999: 58), als „vital energy“ (Anderson/Anderson 1978: 71) oder schlichtweg als Energie umschreiben. Thomas Ots, ein Anthropologe und Arzt, der die Ausbildung in traditioneller chinesischer Medizin absolvierte und diese seit insgesamt 20 Jahren praktiziert, meint, der Mensch besitzt von Geburt an eine bestimmte Menge an *qi*, die ständig durch Nahrung, Atmung und Ruhe oder Aktivität wieder aufgebaut werde (1999: 59, vgl. auch Postert 2003:

¹⁹ Die fünf Wandlungsphasen machen ein sehr komplexes Konzept aus, auf das ich hier nicht weiter eingehen kann. Stattdessen möchte ich an dieser Stelle auf Klaus-Dieter Platsch verweisen, der dieser Thematik ein ganzes Werk gewidmet hat („Die Fünf Wandlungsphasen“, 2008).

²⁰ Thomas Ots meint jedoch, dass kein Medizinsystem von sich aus ganzheitlich sein kann. Ganzheitlichkeit könne stattdessen durch die Komplementärnutzung mehrerer Medizinsysteme erreicht werden.

73, Furth/Shu-Yueh 1992: 29). Ein Verlust von *qi* kann durch reproduktive Prozesse wie Menstruation, Geburt und Stillen erfolgen (vgl. Furth/Shu-Yueh 1992: 29).

Thomas Ots liefert eine Beschreibung von *qi*, die ich übernehmen möchte:

Qi beschreibt das Aufeinanderwirken dynamischer Kräfte sowohl im Makro- als auch im Mikrokosmos. Auf den Menschen bezogen beschreibt es dynamische Funktionen des wahrnehmenden Leibes und umschließt damit (gemäß unseres Verständnisses) somatische, emotionelle, psychische und spirituelle Eigenschaften. Das Konzept Qi transzendiert die von uns anerkannten Grenzen zwischen Materie und Energie, von Konkretem zu Abstraktem, von äußeren Einflüssen und innerem Erleben und zwischen Organischem und Anorganischem. Qi transzendiert diese Dichotomien und weist in Richtung des ganzheitlichen "Leib"-Begriffes. (Ots 1999: 60)

Qi zirkuliert in jedem Funktionskreis (z.B. Milz, Leber) und wenn Blockaden innerhalb des Körpers diese Zirkulation behindern, wird die Entstehung von Krankheiten gefördert (vgl. Ots 1999: 57, Postert 2003: 73). Beispielsweise Menstruationsschmerzen werden mit einer Stagnation von *qi* und einer Beeinträchtigung der Blutzirkulation in Verbindung erklärt. Dabei wird häufig auch eine Verbindung zu einer schwachen Leber hergestellt (vgl. Zhu et al. 2009: 159).

4.2.3. Ethnodietetics – Nahrung als Heilmittel

Die Ernährung spielt in der chinesischen Medizin eine große Rolle, sie muss in den Bereich der Heilkunde miteinbezogen werden. Gesundheit und Ernährung werden in der chinesischen Medizin miteinander in Verbindung gebracht, was es erschwert eine klare Grenze zwischen Nahrung und Medizin zu ziehen: „Dietary management was explicitly used to maintain bodily balance and harmony and often there was no clear-cut division between food and medicine.“ (Green et al. 2006: 1503).

Wir können das Konzept der Harmonie im bewussten Einsatz von Nahrungsmitteln wiedererkennen, denn eine ausgeglichene Ernährung²¹ „creates, restores or preserves a balanced physical being“ (Anderson/Anderson 1978: 71). Damit einhergehend wird auch *qi* in dynamischer Balance gehalten. Manchen Nahrungsmitteln wie z.B. Fleisch werden *qi*-stärkende Eigenschaften zugesprochen (vgl. Anderson/Anderson 1977: 71).

Den Nahrungsmitteln werden bestimmte Qualitäten zugeschrieben. Die Natur von Nahrungsmitteln und Kräutern wird als heiß, warm, neutral, kühl oder kalt beschrieben (vgl.

²¹ Anderson und Anderson verstehen darunter eine Ernährung, die *yin* und *yang* in Balance hält.

Beinfeld/Korngold 2003: 329). Heiß-Kalt-Vorstellungen²² über bestimmte Nahrungsmittel sind bedeutend wenn es um die ausgleichende Funktion und die Einwirkung von Substanzen auf den Körper geht (vgl. Ots 1999: 208, Foster/Anderson 1978: 63, Ahern 1978: 17, Anderson/Anderson 1978: 70).

„To understand how hot and cold substances function one must realize that the body requires them both.“ (Ahern 1978: 18) Ein Ungleichgewicht im Körper kann durch den Mangel an heißen oder kalten Substanzen ausgelöst werden. Wird die fehlende Substanz über die Nahrung zugeführt, kann wieder Gleichgewicht hergestellt werden (vgl. Ahern 1978: 18). Beispielsweise wird durch Blutverlust (z.B. durch Menstruation) und Schwäche ein Mangel an heißen Substanzen konstatiert, der durch Speisen mit heißen Ingredienzien behoben werden kann. Dies könnte in etwa eine Suppe mit Huhn, Wein und Sesamöl sein. Heiße Substanzen wirken aufbauend und gleichen den Blutverlust im Körper wieder aus (vgl. Ahern 1978: 18, Anderson/Anderson 1978: 72). Umgekehrt wird zu viel Hitze im Körper, die dann beispielsweise Fieber oder Hauterkrankungen auslösen könnte, durch die Einnahme von Nahrungsmitteln mit einer kalten Qualität wieder ausgeglichen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Blockaden im Körper bestehen, die die freie Zirkulation von Blut und *qi* behindern (vgl. Ahern 1978: 19).

Weitere Qualitäten von Nahrungsmitteln sind Konfiguration (Form), Feuchtigkeit und Konsistenz, Farbe und Geschmack (vgl. Beinfeld/Korngold 2003: 329). Ein wichtiges Beispiel stellt Ingwer dar, der gegen Kälte und Trockenheit wirkt, Krämpfe und Übelkeit bekämpft und durch die Schärfe *qi*-Blockaden auflöst. „The concepts of hot-cold, wet-dry dichotomies are, of course, implicit in the yin-yang duality.“ (Foster/Anderson 1978:63) Foster und Anderson sprechen hier die Balance von *yin* und *yang* an, die ich eingangs mit dem Konzept der Harmonie angesprochen habe. *Yang* wird mit Hitze assoziiert, *yin* mit Kälte (vgl. Anderson/Anderson 1978: 72, Topley 1976: 247).

The heating and cooling act on one's ch'i – vital energy – which in its own right may be strengthened or weakened by various factors, including dietary balance or imbalance. (Anderson/Anderson 1978: 72).

Furth und Shu-Yueh's Studie (1992: 39) zeigt, dass erwärmende und stärkende Nahrungsmittel vor allem im Winter eingenommen werden, da diese Jahreszeit *yin* verstärken würde. Die Wiederherstellung von Balance im Körper kann durch die Wirkung und den gezielten Einsatz

²² Hier geht es um Vorstellungen über die Qualität der Nahrung und nicht um deren tatsächliche Temperatur. Zusätzlich zu der Unterscheidung heiß – kalt wird auch in „giftige“ und „nicht-giftige“ Nahrungsmittel unterteilt, auf die ich hier nicht weiter eingehen kann.

von bestimmten Nahrungsmitteln geschaffen werden. Beschwerden und Erkrankungen können nun mittels Ernährung gelindert oder behoben werden.

4.3. Health-seeking behaviour in China

Die beiden koexistierenden Medizinsysteme in China (westliches und traditionell chinesisches) werden von den PatientInnen miteinander verbunden, indem sie komplementär genutzt werden (vgl. Ots 1999: 35, Topley 1976: 246, Lau 1996: 113). Das bedeutet, dass sowohl westliche als auch traditionelle chinesische ÄrztInnen aufgesucht, Ratschläge vom sozialen Umfeld²³ und ApothekerInnen eingeholt und sakrale VolksheilerInnen befragt werden oder Selbstbehandlung mit westlicher und chinesischer Medizin angewendet wird (vgl. Topley 1976: 245f, Lau 1996: 113). Dabei können die Mitglieder einer Familie jeweils unterschiedliche ÄrztInnen konsultieren oder aber eine einzelne Person wendet unterschiedliche Heilmethoden an (vgl. ebd.: 258). In den Hausapotheken von Familien finden sich häufig nebeneinander chinesische Heilmittel, moderne chinesische Medikamente, westliche Medikamente, traditionelle Substanzen in moderner Verpackung oder westliche Medizin in traditioneller Verpackung (vgl. Topley 1976: 259): „Patients use different methods of cure in complementary and supplementary fashion, and specialists themselves do not adhere to a single speciality.“ (Topley 1976: 264)

Thomas Ots, Anthropologe und Facharzt für Frauenheilkunde, beschreibt in dem Standardwerk „Medizin und Heilung in China“ (1999) die Erfahrungen, die er während und nach seiner Ausbildung zum traditionellen chinesischem Arzt in China machte. Eine Person sieht sich bei Krankheit mehreren (Be)Handlungsmöglichkeiten gegenüber: Dabei wird die Selbstbehandlung mittels Heilkräutern, bestimmter Nahrungsmittel, chinesischer oder westlicher Heilmittel und Medikamente als einfachste Methode betrachtet (vgl. Ots 1999: 97). In China ist der Zugang zu Medikamenten erleichtert, da die Rezeptpflicht lediglich auf einige wenige Medikamente beschränkt ist²⁴. Kleinman (1980: 50) meint, dass 70 bis 90 % aller Erkrankungen mittels Selbsttherapie behandelt werden. Wird die Krankheit als schwer oder nicht mit eigenen Kräften behandelbar eingestuft, dann steht der Patientin bzw. dem Patienten

²³ Manche Familie sind geradezu Spezialisten im Umgang mit einer bestimmten Krankheit (vgl. Topley 1976: 258). Thomas Ots meint, dass PatientInnen ihre Krankenakte, genauso wie manche medizinischen Klassiker, oftmals selber besitzen. „Diese Akte stellte für die Patienten eine hervorragende Möglichkeit dar, sich medizinisch fortzubilden.“ (Ots 1999: 100) Dieses Wissen wird dann im Behandlungs- und Wartezimmer einer TCM-Ärztin oder eines TCM-Arztes ausgetauscht sowie dem Ärztin/Arzt-PatientIn-Gespräch gelauscht (vgl. Ots 1999: 98). Die so erlangten Wissensressourcen können auch an NachbarInnen, Bekannte und Familienmitglieder weitergegeben werden.

²⁴ Antibiotika, Kortison, Hormone wie auch orale Kontrazeptiva lassen sich ohne weiteres rezeptfrei erwerben.

die Möglichkeit zur Verfügung westliche und/oder traditionelle chinesische ÄrztInnen aufzusuchen oder sich ins Krankenhaus einweisen zu lassen (vgl. Ots 1999: 97).

Einige Beispiele für Komplementärnutzung führt Ots an: Paralleltherapie durch Krankheitsbekämpfung mittels westlicher Medizin und Stärkung des Körpers durch chinesische Medizin. Die Diagnose wird in der traditionellen chinesischen Medizin als Schwachpunkt angesehen (vgl. Unschuld 1976: 305). Manche PatientInnen lassen deswegen die Diagnose bei einer/einem westlichen Ärztin bzw. Arzt durchführen und entscheiden dann aufgrund der Diagnose, ob sie westliche oder traditionelle chinesische Medizin in Anspruch nehmen. Mittlerweile verwenden auch traditionelle chinesische Kliniken moderne Diagnosemethoden (vgl. Ots 1999: 170f).

Auch in Taiwan oder Hong Kong werden traditionelle chinesische und westliche Medizin verwendet. Es gibt hier sehr gute Studien über Komplementärnutzung von ChinesInnen in Taiwan und Hong Kong (vgl. Lam 2001, Chan 2009) wie auch in anderen Ländern (vgl. Green et al. 2006, Ma 1999).

4.3.1. Westliche und chinesische Medizin

Wie bereits erläutert (vgl. Kapitel 4.1), werden westliche und chinesische Medizin sowohl in China als auch in Taiwan komplementär genutzt (vgl. Furth/Shu-Yueh 1992: 45). Die Frage warum in gewissen Fällen chinesische Medizin und in anderen westliche Medizin eingesetzt wird, lässt sich nicht nur auf einem Weg beantworten. Manchmal ist die Art der Erkrankung ausschlaggebend für die Entscheidung welches Medizinsystem gewählt werden soll. Westliche Medizin wird allgemein als effektiver bei akuten und schweren Erkrankungen wie Krebs, Hepatitis, Infektionen etc. angesehen, es wird ihr eine schnelle Wirksamkeit, jedoch auch eine gewisse Aggressivität und die höhere Wahrscheinlichkeit für Nebenwirkungen zugeschrieben (vgl. Ma 1999: 433, Ots 1999: 167f, 232). Die Annahme besteht, dass durch den häufigen Gebrauch westlicher Medikamente die chinesische Medizin ihre Wirkung im Körper nicht mehr entfalten könne (vgl. Unschuld 1976: 305).

Chronische Krankheiten, funktionelle Störungen, Erkältungen und gynäkologische Beschwerden hingegen werden eher mit chinesischer Medizin behandelt, da das Immunsystem und die Zirkulation von *qi* gefördert, der Körper gestärkt sowie die Balance von *yin* und *yang* im Körper wiederhergestellt werden soll (vgl. Ma 1999: 432f, Unschuld 1976: 314, Green et al. 2006: 1504). Sie wird dafür verwendet, die Wurzel der Erkrankung zu behandeln, wo hingegen die westliche Medizin allein zur Symptombehandlung eingesetzt wird (vgl. Lam 2001: 764).

Chinesische Medizin wird generell als sanfter, natürlich und mit weniger Nebenwirkungen betrachtet, dafür dauert die Behandlung auch viel länger bevor eine Besserung der Symptome erreicht wird (vgl. Lam 2001: 764). Bei schweren organpathologischen Erkrankungen wird oftmals auch eine Paralleltherapie von westlicher und chinesischer Medizin angestrebt bzw. chinesische Medizin als Ergänzung zum Umgang mit Nebenwirkungen der westlichen Medizin herangezogen (vgl. Ots 1999: 232, Lam 2001: 763).

Die Symptomwahrnehmung und –bewertung von Seiten des/der PatientIn sind auch hinsichtlich der Entscheidung für eine Behandlung wesentlich (vgl. Lau 1996: 109, Ots 1999: 112). Die Behandlung wird der/die PatientIn aufgrund seines/ihrer kulturellen und sozialen Hintergrundes, der Sozialisation innerhalb der Familie, der Gesellschaft und des Bestehens von Ressourcen etc. auswählen (vgl. Ots 1999: 110ff).

Die Bevorzugung eines bestimmten Medizinsystems kann auch von einem bestimmten Weltbild oder politischen Einstellungen abhängig sein (vgl. Ots 1999: 168). Beispielsweise wurde bis zu den 1980er Jahren die traditionelle chinesische Medizin auch aus „patriotischen Gründen“ (Ots 1999: 168) bevorzugt, die westliche Medizin später wegen ihres modernen, wissenschaftlichen Weltbildes präferiert (vgl. Ots 1999: 168, Green et al. 2006: 1501). Identität kann also auch über die Nutzung von einem bestimmten Medizinsystem ausgedrückt werden: „...use of Chinese medicine demonstrates ‚one is still Chinese after all‘.“ (Green et al. 2006: 1501)

Aber auch praktische Gründe, so wie die Wahrnehmung bzw. ein Vergleich der Kosten für Medikamente oder eine bestimmte Behandlung können die Entscheidung beeinflussen (vgl. Unschuld 1976: 312).

4.3.2. Der häufige Wechsel der Ärztin bzw. des Arztes

In China ist ein häufiger Wechsel der Ärztin bzw. des Arztes üblich, Paul Unschuld bezeichnet dies sogar als „ancient custom“²⁵ (vgl. Ots 1999: 165, Unschuld 1976: 314). Der Wechsel der Ärztin bzw. des Arztes zielt darauf ab, die bestwirksamste Behandlung zu bekommen. „You have to change doctors frequently to discover which one can help, so that you can remain with him.“ (Unschuld 1976: 314) In China gibt es das Konzept der Hausärztin bzw. des Hausarztes nicht, Grace Xueqin Ma sieht das auch als einen Grund für das Aufsuchen verschiedener ÄrztInnen an (vgl. Ma 1999: 432). Lau hingegen meint, dass chinesische PatientInnen eher zurückhaltend im Aufsuchen medizinischer Hilfe seien (1996: 113).

²⁵ 44 % der von Unschuld befragten 250 StudentInnen und davon 75 % der vom Land kommenden StudentInnen, bestätigten diese Praxis (vgl. Unschuld 1976: 314).

4.3.3. Health-seeking behaviour bei Menstruationsbeschwerden

Studien von Chan et al. (2009), Cheng et al. (2008) und Zhu et al. (2009) sehen Menstruationsschmerzen als eine der häufigsten gynäkologischen Beschwerden an.

Die groß angelegte Studie von Chan et al. über Menstruationsbeschwerden unter chinesischen Mädchen²⁶ in Hong Kong ergibt, dass 62,5 % der Betroffenen auf Schmerzmittel zurückgreifen, ein Drittel nimmt sie gelegentlich und nur 5,8 % regelmäßig (vgl. Chan et al. 2009: 20). Nur 6,4 % suchten medizinische Hilfe auf – davon konsultierten über die Hälfte GynäkologInnen, knapp ein Viertel HausärztInnen²⁷, der Rest KinderärztInnen oder TCM-ÄrztInnen. Die Entscheidung eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen wurde in hohem Maße von der subjektiv wahrgenommenen Ernsthaftigkeit des Problems, der Meinung von Familienmitgliedern, Angst und Scham, Konsultationskosten und Zeitmangel bestimmt (vgl. ebd.: 21). Die Großzahl der Mädchen holten Informationen und Rat von Familienmitgliedern (70%) und FreundInnen (40,7%) ein und/oder suchten Informationen in Medien oder Internet (ebd.)

5. Migration und Gesundheit

Im Kontext mit Migration kommt es einerseits zu vermehrten Kontakt zwischen Gesundheitspersonal, ÄrztInnen und PatientInnen mit anderem kulturellen Hintergrund. Andererseits müssen MigrantInnen sich in einem für sie neuen Gesundheitssystem zurechtfinden (vgl. Binder-Fritz 2010: 191). Dabei ist die Inanspruchnahme von Gesundheitservices von Faktoren wie sprachlicher Kompetenz, Ansprüchen (z.B. Sozialversicherung) und administrativen Verfahren abhängig.

Kulturell und sozial geprägte Körper-, Krankheits-, Gesundheits- und Behandlungskonzepte können Erwartungen und Bedürfnisse von PatientInnen sowie deren health-seeking behaviour beeinflussen (vgl. Harmsen et al. 2008: 155). Im „clinical setting“ können unterschiedliche Konzepte und Vorstellungen von Seiten der PatientInnen und ÄrztInnen/Pflegepersonal aufeinander treffen (vgl. Binder-Fritz 2010: 196). Mitunter hängt der Erfolg einer Behandlung

²⁶ Die Studie wurde in 10 Schulen in den Oberstufen (secondary school) durchgeführt. Genaue Altersangaben der Befragten scheinen in der Studie nicht auf.

²⁷ Interessant ist hier, dass Ma jedoch angibt, dass es keine HausärztInnen in China gäbe (1999: 432). Die Studie von Chan et al. wurde allerdings in Hong Kong durchgeführt, dies könnte die Differenz der beiden Aussagen erklären. In beiden Studien wurde keine Definition des Begriffs „family doctor“ / HausärztInnen gegeben, so dass sich auch nicht eruieren lässt, ob unter Umständen Unterschiedliches damit gemeint ist.

(compliance/non-compliance) davon ab, wie mit unterschiedlichen Konzepten umgegangen wird (vgl. Kleinman 1980: 311ff).

Oft werden jedoch Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem mit der „anderen Kultur“ von PatientInnen verwechselt (vgl. Binder-Fritz 2010: 195). Transkulturellen Kompetenzen von ÄrztInnen und Pflegepersonal kommt in diesem Kontext eine große Bedeutung zu (vgl. Binder-Fritz 2003b, 2005, 2010). Dabei ist es wesentlich, dass inter- und transkulturelle Fortbildung nicht nur Wissen über die Pflege von MigrantInnen vermittelt, sondern auch dass Unterschiede innerhalb von ethnischen oder religiösen Gruppen wahrgenommen werden (z.B. Bildungsstand, Nationalität, soziale Klasse, Alter, Gender etc.)²⁸ und nicht ein einheitliches Bild vom „Anderen“ gezeichnet wird (vgl. Binder-Fritz 2003b). Die Studie von Harmsen et al. (2008) über die Bewertung der Qualität von AllgemeinärztInnen aus Sicht von PatientInnen bestätigt, dass transkulturelle Kompetenzen von ÄrztInnen und erfolgreiche Kommunikation wesentlich Faktoren für eine zufriedenstellende Behandlung sind.

Migration an sich kann auch eine (psychische und damit gesundheitliche) Belastung darstellen, vor allem wenn rechtliche Grundlagen für ein sicheres Umfeld fehlen (z.B. unsicherer Aufenthaltsstatus, Zugang zum Arbeitsmarkt, Ansprüche auf Sozialversicherung etc.), die Migrationserfahrung als belastend erlebt wird²⁹ (z.B. Isolation, mangelnde soziale Kontakte) und/oder Erfahrungen mit Rassismus und sozialer Ausgrenzung gemacht werden (vgl. Binder-Fritz 2010: 199).

Das health-seeking behaviour verändert sich nun im Aufnahmeland durch die neuen Bedingungen und Zugänge zu Ressourcen, orientiert sich aber immer noch am Gesundheitsverhalten aus dem Herkunftsland. Ich werde in diesem Kapitel zuerst allgemein auf Barrieren im Gesundheitssystem für MigrantInnen eingehen und danach das health-seeking behaviour chinesischer MigrantInnen im Aufnahmeland diskutieren.

²⁸ Darüber hinaus ist es die Konzentration auf die individuelle Lebensgeschichte von PatientInnen wesentlicher Bestandteil von Pflege: „Andererseits muss langfristig bei den Professionalist/innen ein Umdenkprozess insofern eingeleitet werden, als dass sich zukünftige transkulturelle Pflege weniger an Kategorien wie „Kultur“, „Ethnizität“ oder ein bestimmtes Herkunftsland, sondern in erster Linie an der Biografie, der jeweiligen Lebenssituation und den entsprechenden Bedürfnissen des/der Einzelnen orientiert.“ (Binder-Fritz 2003b: 138).

²⁹ Meine Kollegin Barbara Rieger hat ihre Diplomarbeit zu diesem Thema verfasst: „Lebensgeschichten von Chinesinnen in Wien. Psychosoziales Wohlbefinden aus der Perspektive kultur- und sozialanthropologischer Migrations- und Biografieforschung.“ (2010)

5.1. Barrieren im Gesundheitssystem

Für MigrantInnen bestehen im Aufnahmeland Barrieren, die den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren oder sogar verhindern. Faktoren wie mangelnde Informationen über das Gesundheitssystem im Aufnahmeland, mitbedingt durch ein Defizit an muttersprachlichem Informationsmaterial und Angeboten, unzureichende Versicherungen und Kosten einer medizinischen Behandlung bedingen oder erschweren den Zugang zur Gesundheitsversorgung (vgl. Gushulak/MacPherson 2006: 352f, Fischer 1994: 80). Weiters können auch Sprach-, Kommunikations- und Verständnisschwierigkeiten, sozial und kulturell geprägte Konzepte über Gesundheit und Krankheit den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren (vgl. Binder-Fritz 2010: 191, Gushulak/MacPherson 2006: 352f, Ma 1999: 429). Administrative Hürden, lange Wartezeiten, Probleme mit der Terminvereinbarung oder Zeitmangel können bewirken, dass der ärztliche Zugang vermieden wird (vgl. Gushulak/MacPherson 2006: 461, Lau 1996: 111). Der Zugang zum Gesundheitssystem wird von der Gesundheitspolitik und Machtverhältnissen, die von der Politik ausgehen, beeinflusst (vgl. Greifeld 2003: 33).

Gill Green meint, dass diese Barrieren zum westlichen Gesundheitssystem MigrantInnen von einer Behandlung abhalten können. Wenn ein Besuch bei einer Ärztin oder einem Arzt aufgrund kultureller Differenzen oder Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten nicht zufriedenstellend war, werden stattdessen Alternativen in der chinesischen Community gesucht (Green et al. 2006: 1504). Transkulturelle Kompetenzen von ÄrztInnen und Gesundheitspersonal und „diversity care“ bieten einen Lösungsansatz, um den Anforderungen einer diversen Gesellschaft gerecht zu werden sowie Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem abzubauen (vgl. Binder-Fritz 2010: 191f).

Die Überschneidung der Kategorien „MigrantIn“ und „Frau“ hat im klinischen Kontext zudem eine spezielle Bedeutung. Christine Binder-Fritz (2010: 198) nennt als Gründe dafür die doppelte soziale Benachteiligung „fremder Frauen“ (ethnische Minderheit und Geschlecht), „die weibliche Geschlechtsrollenidentität“, geschlechtsspezifische Sozialisation, gesellschaftliche (Körper-) Konzepte, Normen und Vorstellungen in Bezug auf sexuelle Reproduktion sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit der Erfahrung von Sexismus, Rassismus, Traumatisierung und Gewalt. Beispielsweise können Schamgefühle oder Tabus in Zusammenhang mit einem Arzt des anderen Geschlechts in Verbindung treten und eine Barriere darstellen (vgl. Binder-Fritz 2003b: 120).

5.2. Health-seeking behaviour chinesischer MigrantInnen

Chinesische MigrantInnen haben im Aufnahmeland nicht die gleichen Möglichkeiten des Zugangs zu chinesischen medizinischen Praktiken, Heilmitteln oder therapeutischen Methoden wie im Herkunftsland. Das Gesundheitssystem in den USA oder in Europa ist weit strenger reguliert und der Zugang zu z.B. bestimmten HeilerInnen, ÄrztInnen sowie zu bestimmten Arzneimitteln ist nur bedingt oder überhaupt nicht möglich (vgl. Kleinman 1980: 70). In den Studien über chinesische MigrantInnen wurde deutlich, dass die komplementäre Nutzung von westlicher und von chinesischer Medizin von den MigrantInnen im Aufnahmeland weitergeführt wird (vgl. Wade et al. 2007, Ma 1999, Green et al. 2006, Bishop et al. 2009). Wade, Chao und Kronenberg erklären diesen Umstand folgendermaßen:

In cultures where medical pluralism is a norm, and where the resources to utilize different types of medical services are often available, orientation within a culture maybe more important than the degree of adaptation between cultures... (Wade/Chao/Kronenberg 2007: 265)

Grace Xueqin Ma hat ihre Studie (1999) über chinesische MigrantInnen in Houston und Los Angeles, deren health-seeking behaviour und die Inanspruchnahme verschiedener Medizinsysteme durchgeführt. Den chinesischen PatientInnen stehen unterschiedliche Möglichkeiten zur Behandlung einer Erkrankung zur Verfügung: So gaben 94,6 % der Befragten an sich selber zu behandeln, 45,3 % nahmen sowohl das westliche als auch das chinesische Medizinsystem in Anspruch und 32 % reisten in ihr Herkunftsland um sich dort ärztlich versorgen zu lassen. Von 25,3 % wurde hauptsächlich die chinesische Medizin in den USA genutzt und von 21,3 % die westliche Medizin (vgl. Ma 1999: 428).

"Low utilization of health services reflected the effects of cultural, socioeconomic and political factors on patterns of health-seeking behaviors and health service utilization by the Chinese communities." (Ma 1999: 430f) Die Nutzung des Gesundheitssystems und das health-seeking behaviour werden beeinflusst durch unzureichende oder nicht-vorhandene Versicherungen, hohe Kosten der Gesundheitsleistungen in den USA, erlebter kultureller Differenzen, Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten, Transportmöglichkeiten und Aufenthaltsstatus sowie mangelndes Wissen um das Gesundheitssystem (vgl. Ma 1999: 429). Wade, Chao und Kronenberg bringen die Inanspruchnahme des US-amerikanischen Gesundheitssystems mit der subjektiv wahrgenommenen Ernsthaftigkeit der Symptome, Erklärungsmodelle und dem Vorhandensein von bekannten Services in Verbindung (vgl. 2007: 256). Die Nutzung von westlicher bzw. chinesischer Medizin wird auch in Verbindung mit Erklärungsmodellen,

Behandlungs- und Zugangsbarrieren sowie vorhandenen Ressourcen diskutiert (vgl. Green et al. 2006: 1498). Felicity L. Bishop et al. (2009: 8). greifen bei ihrer Studie über chinesische MigrantInnen in Großbritannien auf das von Andersons vorgestellte Verhaltensmodell zurück, das folgende Faktoren identifiziert, die die Nutzung von Gesundheitservices beeinflussen: *predisposing*, *enabling* und *need factors* (vgl. Anderson 1995). *Predisposing factors* sind dabei sowohl demografische Faktoren (Alter, Gender, Bildung, Beruf, Ethnizität) als auch Einstellungen und Vorstellungen über Gesundheitsversorgung. *Enabling factors* erleichtern oder blockieren den Zugang zum Gesundheitssystem. Solche Faktoren sind beispielsweise Kosten für die Gesundheitsversorgung, Sprache, das Wissen um die Nutzung des Gesundheitssystems und Gesundheitsverhalten (vgl. Anderson 1995: 2f). Dabei werden Kommunikations- und Sprachschwierigkeiten als Barrieren zum Zugang zu westlichen ÄrztInnen, Kosten von chinesischer Medizin und TCM-Behandlungen als Barrieren zum Zugang zur chinesischen Medizin beschrieben. *Need factor* bedeutet, dass sich die Wahrscheinlichkeit eines Besuches bei einer Ärztin oder eines Arztes mit dem Bedarf (aufgrund einer Diagnose oder bestimmten Symptomen) erhöht (vgl. Bishop et al. 2009: 9).

Chinesische MigrantInnen bevorzugen chinesische ÄrztInnen aufgrund der sprachlichen Gemeinsamkeit und flexibler Terminhandhabung sowie wegen der Annahme, dass chinesische ÄrztInnen mit chinesischen Gesundheitskonzepten (*yin-yang*, *qi*) vertraut sind (vgl. Ma 1999: 431). Hier spielt also dieselbe Herkunft eine wesentliche Rolle für die ÄrztInnen-Wahl der Patientin oder des Patienten.

Neben der Selbstbehandlung wird, wie bereits vorhin angesprochen, von der Mehrzahl der InformantInnen sowohl chinesische als auch westliche Medizin in Anspruch genommen (vgl. Ma 1999: 435). Dabei sind die Sozialisation und die in China erlernten und somit inkorporierten Strukturen die wesentliche Grundvoraussetzung für das health-seeking behaviour im Aufnahmeland:

The informants' preference for integrated medicine of traditional and Western is consistent with their health-seeking behaviors in their respective countries of origin, i.e., China or Taiwan. As a result of this preference, the two major health systems coexist competitively and collaboratively in the Chinese communities of the U.S. (Ma 1999: 433)

Gill Green et al. haben in ihrer Studie über chinesische Migrantinnen in England ähnliche Ergebnisse erzielt: Die meisten der Interviewten nutzten sowohl das westliche als auch das chinesische Medizinsystem: „We find that recourse to two different systems helps to overcome barriers when accessing health care.“ (Green et al. 2006: 1498) Die Integration von zwei

unterschiedlichen Heilsystemen stellt eine Strategie der Migrantinnen dar, die Barrieren im Gesundheitssystem auszugleichen.

Der Zugang zu den Medizinsystemen ist nach Green et al. mit drei Feldern verknüpft: mit der Beziehung zur „mainstream culture“ (Kultur des Aufnahmelandes, inklusive Sprachkenntnisse), mit verfügbaren Ressourcen der Gesundheitsversorgung und mit dem sozialen Netzwerk. Jene, die die meiste Sicherheit im Umgang mit der „mainstream culture“ haben, in Gebieten mit zahlreichen Behandlungsmöglichkeiten leben und Kontakt zu einem ethnisch heterogenen sozialen Netzwerk haben, sind in der besten Position um von beiden Medizinsystemen zu profitieren. Im Gegensatz dazu, haben jene, die sich hauptsächlich in der chinesischen Community aufhalten und weniger Kontakt zur Kultur des Aufnahmelandes haben, weniger strategischen Spielraum und nicht so befriedigende Erfahrungen mit dem westlichen Gesundheitssystem (vgl. Green et al. 2006: 1505).

Mehr als die Hälfte der Befragten haben sich Medikamente aus ihrem Herkunftsland schicken lassen oder aber sich bei einem Besuch in China behandeln lassen (vgl. Green et al. 2006: 1504). Chinesische soziale Netzwerke werden dazu benutzt, um Zugang zu westlichen und chinesischen ÄrztInnen sowohl im Aufnahmeland als auch in China zu erhalten (vgl. ebd.: 1506). Folgende Behandlungsmethoden werden von Green et al. erwähnt: Selbstmedikamentation mit chinesischen oder westlichen Medikamenten, das Aufsuchen von westlichen oder traditionellen chinesischen ÄrztInnen sowie westliche Krankenhäuser (vgl. ebd.: 1507).

In summary, fluid and flexible use of Western and Chinese medical resources both in this country and in place of origin defined help-seeking patterns rather than a clear serial trajectory from one medical system to another, a pattern which mirrors that in other parts of the world. (Green et al. 2006: 1507)

Die Studie von Bishop et al. über chinesische StudentInnen in Großbritannien hat ergeben, dass westliche Medizin eher verwendet wurde, wenn die Sprache des Aufnahmelandes gesprochen wurde, PatientInnen eine chronische Krankheit³⁰ hatten, sie bereits westliche Medizin im Herkunftsland nutzten und TCM als teuer bewerteten. Von den StudentInnen wurde chinesische Medizin eher genutzt, wenn sie nicht Medizin studierten, wenn sie diese auch im Herkunftsland nutzten und positive Einstellungen zur TCM vorhanden waren (vgl. Bishop et al. 2009: 12).

³⁰ Dieses Ergebnis ist interessant, da der TCM ansonsten nachgesagt wird für chronische Erkrankungen geeignet zu sein, die westliche Medizin hingegen für akute Krankheitsfälle eingesetzt wird. Bishop et al. (2009: 12) erklären ihr Ergebnis mit einer Verbindung zwischen einer Diagnose (z.B. Diabetes) und der Nutzung des Gesundheitssystems.

6. Chinesische Migration nach Europa

Die Geschichte chinesischer Emigration ausführlich darzustellen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Deswegen werde ich auf die Veränderung der Migrationsmuster eingehen, die sich in Begrifflichkeiten wie *huaqiao*, *huaren* und „new migrants“ widerspiegelt, und chinesische StudentInnen mit dem Terminus des „migranhood“ verbinden. Des Weiteren erkläre ich, warum StudentInnen nicht mit MigrantInnen gleichzusetzen sind und werde kurz einen Blick auf die Zahlen chinesischer StudentInnen in Österreich werfen, um mein Arbeitsfeld kurz zu beschreiben.

6.1. „New migrants“

Huaqiao ist eine Bezeichnung, die übersetzt für Auslandschinesen oder „overseas Chinese“ steht. Wang definiert *huaqiao* folgendermaßen: „Chinese not living in territories traditionally regarded as part of China“ (Wang 2000: 15) und „those Chinese who are temporarily living abroad and who intend to return to China“ (ebd: 17). Damit wird gleichzeitig *sojourning* impliziert, also der Rückkehrgedanke nach China.

Huaren hat sich als abgrenzender Begriff entwickelt und bezeichnet nationale oder ethnische Chinesen (vgl. Wang 2000: 18). Oskar Weggel beschreibt *huaren* als

alle im Ausland lebenden Personen chinesischer Herkunft, die sich – unabhängig von ihrem Geburtsort oder ihrer Staatsangehörigkeit – zu ihrer chinesischen Abstammung bekennen oder aber wegen ihres Aussehens und ihres Lebensstils als Auslandschinesen zur Kenntnis genommen werden. (1999: 43)

Auf der ISSCO³¹-Konferenz 2004 wurde der Begriff „new migrants“ für jene chinesischen MigrantInnen geschaffen, die ab den 1980er Jahren emigrierten. Damit sollte ein neuer Begriff für die veränderten Migrationsmuster und -bedingungen geschaffen werden. Mit dem Terminus „migrant“ soll sich die Veränderung chinesischer Migration und der Anschluss an die internationalen Migrationsbewegungen widerspiegeln (vgl. Thunø 2007: 3).

Durch Globalisierungsprozesse und ökonomische Möglichkeiten haben sich die Konzepte von *huaqiao* und *huaren* aufgeweicht, sie haben nicht mehr dieselbe Gültigkeit wie früher.

³¹ International Society for the Study of Chinese Overseas

6.2. Chinesische Emigration im Wandel der Zeit

Ronald Skeldon schreibt der chinesischen Migration der Vergangenheit eine gewisse Einzigartigkeit zu, die sich von anderen Migrationsbewegungen deutlich abhob (vgl. Skeldon 2007: 35). Im 19. Jahrhundert (und zum Teil auch schon davor) migrierten hauptsächlich männliche Vertragsarbeiter mit Rückkehrintentionen, die man als *sojourner* bezeichnen kann (vgl. ebd.: 35f). Es gab kaum Heterogenität innerhalb der Gruppe der Migranten.

Zwischen 1949 und 1978 war die Emigration aus China durch starke Restriktionen auf ein Minimum beschränkt (vgl. Skeldon 2007: 37, Waldrauch/Sohler 2004: 418). Mit der Gründung der Volksrepublik China 1949 und deren Abschottung wurde Forschung innerhalb Chinas beinahe unmöglich und Studien in dieser Zeit konzentrierten sich deswegen auf overseas Chinese (vgl. Wang 2000: 40).

1978 öffnete sich die VR China mittels neuer Reformen und trat wieder der globalen Gemeinschaft bei, woraufhin die Zahl chinesischer MigrantInnen rasant anstieg (vgl. Skeldon 2007: 37f). Im Jahr 1985 wurde zusätzlich das Emigrationsgesetz in China liberalisiert, was ebenfalls verbesserte Möglichkeiten für chinesische EmigrantInnen brachte (vgl. Pieke 1998: 1, Waldrauch/Sohler 2004: 418). Das vorher recht einheitliche Migrationsmuster wurde abgelöst von einer diversen neuen chinesischen Migration, die sowohl aus ArbeitsmigrantInnen, StudentInnen, HändlerInnen, professionell Ausgebildeten, WissenschaftlerInnen und Flüchtlingen bestand (vgl. Thunø 2007: 2, Pieke 2004: 2).

Chinesische Migrationsmuster haben sich verändert und in die globalen Migrationsbewegungen integriert. Wo früher hauptsächlich männliche Arbeiter aus ländlichen Gebieten Südost-Chinas migrierten, sind es heute beide Geschlechter mit verschiedenem Bildungshintergrund, sowohl aus dem städtischen als auch dem ländlichen Bereich (vgl. Thunø 2007: 4). Die Anzahl von weiblichen chinesischen Migrantinnen ist dadurch stark gestiegen, und sie sind nun als Studentinnen, Ehefrauen oder als Alleinstehende in Migrationszahlen inbegriffen (vgl. Thunø 2007: 4): Auch die Migrationsziele sind diverser geworden, im 19. Jahrhundert war Südostasien der Hauptempfänger chinesischer MigrantInnen, nun sind es „global cities“ in den USA, Europa, und „Australasia“ (Thunø 2007: 6, vgl. Skeldon 2007: 38). Die Einzigartigkeit chinesischer Migrationsbewegungen hat sich also mittlerweile relativiert, denn die neue chinesische Migration ist Teil der internationalen Migrationsbewegungen geworden:

In this way, contemporary Chinese migration may be regarded as part of a larger world migration system thus general migration theories of migration networks, migration institutions and cumulative causation are also relevant and applicable to the Chinese case... (Thunø 2007: 7).

Daraus ergibt sich auch eine gewisse Heterogenität chinesischer MigrantInnengruppen in Europa. Frank N. Pieke wirft die Frage nach einer pan-europäischen Dimension chinesischer Gesellschaft auf (Pieke 1998: 9) und liefert selbst die Antwort, dass es nicht eine einzige große chinesische Community gibt (ebd: S. 12):

Chinese migration to Europe thus consists of many different flows, and the vast differences in the timing and especially the volume of these flows make the Chinese community in each European country a unique configuration. (Pieke 2004: 1)

Auch Wang spricht davon, dass chinesische MigrantInnen in ihren Lebenskontexten studiert werden sollten, und nimmt Unterschiede zwischen den Communities an (vgl. Wang 2000: 38). MigrantInnen stellen nun keine homogene Gruppe dar, und Wang hat es für sinnvoll erachtet, chinesische StudentInnen als eigene Gruppe darzustellen, wie ich im nächsten Kapitel darstellen werde

6.3. Chinesische StudentInnen und „migranhood“

Die neue chinesische Migration beinhaltet als Teil der internationalen Migration auch StudentInnen. Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts gingen chinesische StudentInnen selbstfinanziert nach Japan, in die USA und nach Europa, und kehrten mit ihrem erworbenen Wissen großteils nach China zurück (vgl. Thunø 2007: 5, Wang 2007: 166). Seit Chinas Öffnung 1979 wurden StudentInnen auf Regierungskosten ins Ausland geschickt, wobei viele die Chance nutzten, um im Ausland zu bleiben³² (vgl. Weggel 1999: 50). Zwischen 1979 und 1992 wurden zwischen 87.000 und 150.000³³ StudentInnen in andere Länder geschickt (vgl. Weggel 1999: 50).

Mette Thunø gibt an, dass seit 1949 insgesamt 900.000 StudentInnen ins Ausland gingen, jedoch nur ein Viertel von ihnen nach China zurückkehrte (vgl. Thunø 2007: 5). Studentische Mobilität aus China weist kein fixes Muster auf, die Zahlen sind Schwankungen unterlegen, die

³² Unter anderem waren die Ereignisse am Tian'anmen-Platz am 4. Juni 1989, mit der Zerschlagung der Protestbewegung, ebenfalls Anlass für AuslandsstudentInnen nicht mehr zurück zu kehren (vgl. Weggel 1999: 51).

³³ Oskar Weggel gibt hier drei Quellen an, die von 87.000, 100.000 und 150.000 StudentInnen in diesem Zeitraum sprechen.

stark mit den innen- und außenpolitischen Bedingungen in China zusammenhängen (vgl. Wang 2007: 168ff). Statistiken und Angaben sind zwar unterschiedlich, jedoch ist unumstritten, dass China „the number one exporter of students in the world“ (Thunø 2007: 5) geworden ist.

Hier ist auch der Wandel der chinesischen Migration zu sehen. Früher waren MigrantInnen *sojourner*, der Rückkehrgedanke nach China war immer präsent. Das hat sich geändert, vor allem StudentInnen haben nun die Möglichkeit, nach Beendigung ihres Studiums im Ausland zu bleiben. „Globalization enables them to regard China as a possible place to serve from afar, but not necessarily to return to settle.“ (Thunø 2007: 19) China wird nicht mehr als einziger Bezugspunkt gesehen wie im *sojourning*, sondern als eine Möglichkeit unter vielen.

Wang Gungwu hat dafür den Begriff „migranthood“ geprägt, um dieses Phänomen zu beschreiben. Er verwendet den Terminus *liuxue* (studieren) um zu zeigen, dass es beim Auslandsstudium darum geht einige Jahre im Ausland für das Studium zu verweilen (vgl. Wang 2007: 167). Die Entscheidung zu bleiben oder zurückzukehren, wird allerdings erst später fällig. Der Begriff migranthood meint „to sustain a migrant-like existence“ (Wang 2007: 167). StudentInnen, die nach Abschluss des Studiums bleiben, müssen erst ihren Status neu definieren: „to position themselves in the space between that of a student and that of a settled migrant“ (Wang 2007: 167).

Allerdings muss hier erwähnt werden, dass migranthood in dieser Form in den USA eine vermutlich weit größere Bedeutung zukommt, als in Europa. Bildungsmigration von chinesischen StudentInnen nach Österreich gewann erst seit den 1990er Jahren eine größere Bedeutung (vgl. Waldrauch/Sohler 2004: 420). Frank N. Pieke meint, dass chinesische StudentInnen in Europa sehr restriktiv behandelt werden: „Immigration is considered bad; it entails only costs to society and should be cubed as much as possible.“ (Pieke 1998: 5) Diese Einstellung fördert Restriktionen, und erschwert StudentInnen ihren Lebensunterhalt während und nach dem Studium im Land zu verdienen³⁴.

6.4. StudentInnen in Wien

Chinesische StaatsbürgerInnen machen die zahlenmäßig größte Gruppe asiatischer MigrantInnen in Österreich aus: 9.664 leben in Österreich, 5.863. davon in Wien (Stand 1.1.2009) (vgl. Statistik Austria 2009a). Die Anzahl der in China geborenen Personen in Österreich ist allerdings um einiges höher: 13.684 ChinesInnen leben in Österreich, 8.460

³⁴ Der Standard-Artikel mit dem Titel „Wer studiert, soll auch hier arbeiten dürfen“ (15.1.2010) zeigt die Problematik auf, dass StudentInnen aus einem anderen Herkunftsland, die zum Studieren nach Österreich kamen, nach dem Studium keinen Job oder keine Arbeitsbewilligung bekamen.

davon in Wien (Stand 1.1.2009). Diese Zahl erklärt sich damit, dass etliche gebürtige ChinesInnen die österreichische Staatsbürgerschaft angenommen haben (vgl. Statistik Austria 2009b).

Die Statistik Austria liefert ebenfalls sehr konkrete Zahlen über chinesische StudentInnen in Wien. Im Wintersemester 2008/09 belief sich die Zahl chinesischer StudentInnen auf 292, und jene aus Taiwan auf 22. Dabei ist die Zahl der weiblichen Studierenden höher, wie sich folgender Tabelle entnehmen lässt.

| Herkunft | Männlich | Weiblich |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| China, Volksrepublik | 120 | 172 |
| China, Republik (Taiwan) | 9 | 13 |

Tabelle 1: StudentInnen in Wien, Wintersemester 2008/09

Quelle: Statistik Austria (11.01.2010, Mail auf Anfrage)

Die Anzahl weiblicher Studierender an tertiären Einrichtungen Österreichs liegt ebenfalls über jener männlicher Studierender. Aus der VR China sind 491 Studenten und 618 Studentinnen sowie aus Taiwan 63 Studenten und 142 Studentinnen:

II FELDFORSCHUNGSPROZESS

Like good journalists, we ought to arrive in the field with an area of interest and some hunches about how a social process is unfolding, but then be ready (and eager!) to let our informants redirect us by telling us what concerns them most. (O'Brien 2006: 29)

7. Thema und Fragestellung(en)

Das Thema, das ich im Rahmen des von Dr. Christine Binder-Fritz konzipierten und geleiteten FWF-Forschungsprojekts bearbeitete, ist Medizinpluralismus im Bereich der Frauenheilkunde unter chinesischen Studentinnen.

Den Begriff **Medizinpluralismus** verwende ich um die Koexistenz verschiedener Medizinsysteme zu bezeichnen (vgl. Kapitel 3.2). Nachdem Personen nicht nur in einer Gesellschaft agieren, sondern durch neue Medien und Fortbewegungsmittel globale Interaktion möglich ist, beschränkt sich der Begriff Medizinpluralismus nicht nur auf das Nebeneinanderbestehen von verschiedenen Medizinsystemen in einer Gesellschaft, sondern muss auf alle Gesellschaften ausgeweitet werden, in denen sich die AkteurInnen bewegen. Das Phänomen Medizinpluralismus bildet den Rahmen für die Nutzung unterschiedlicher Ressourcen und damit für das **health-seeking behaviour** (vgl. Kapitel 3.2.2). Dieses kann als Gesundheitsverhalten übersetzt werden, und beinhaltet Entscheidungsprozesse welche Diagnosemethoden und Therapien eingesetzt, ob und wie Selbstbehandlung angewandt oder welche ÄrztInnen aufgesucht werden.

Unter **Frauenheilkunde** verstehe ich die Behandlung von Problemen oder Krankheiten der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale sowie die Behandlung von Frauenkrankheiten, die als solche von meinen Interviewpartnerinnen beschrieben werden. Zusätzlich fällt unter diesen Begriff Prävention von Erkrankungen durch beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen und Kontrazeption (vgl. z.B. Husslein et al. 2001, http://www.calsky.com/lexikon/de/txt/g/gy/gyna_kologie.php). Ich grenze diesen Begriff von der Schwangerschaft und Geburtshilfe ab, da diese eigene Bereiche darstellen, was sich auch darin zeigt, dass medizinische Lehrbücher die beiden Bereiche Frauenheilkunde und Geburtshilfe in ihrem Titel gemeinsam, aber als eigenständige Begrifflichkeiten unterbringen (vgl. Dudenhausen/Schneider 1994, Hofmann/Geist 1999).

Die Zielgruppe dieser Forschung sind **chinesische Studentinnen**. Diese werden von Gungwu Wang nicht als Migrantinnen angesehen, sondern er schreibt ihnen das Konzept von „migranthood“ zu (vgl. Kapitel 6.3). Dieses besagt, dass die Entscheidung über die Länge des Aufenthalts vorerst auf die Dauer des Studiums beschränkt ist – jedoch weisen StudentInnen „the condition or quality of a migrant“ (Wang 2007: 167) auf. Ich werde in weiterer Folge auch nicht von Migrantinnen sprechen, sondern von chinesischen Studentinnen oder chinesischen Frauen. In diesen Begriff beziehe ich der Einfachheit halber Studentinnen aus Taiwan mit ein, da sowohl Chinesinnen als auch Taiwanesinnen als Informantinnen fungierten (vgl. Kapitel 9.1).

Folgende Fragen haben den Forschungsprozess geleitet: Wie gehen chinesische Studentinnen in Österreich mit Erkrankungen, Problemen und gesundheitlichen Fragen im Bereich der Frauenheilkunde um? Welche Medizinsysteme nutzen sie und auf welche Art und Weise?

Wie in Kapitel 4.1 bereits erläutert, existieren in China die Medizinsysteme der traditionellen chinesischen Medizin und der westlichen Medizin mit institutioneller Verankerung nebeneinander. Dieser symmetrische Medizinpluralismus bedingt die Komplementärnutzung der beiden Systeme innerhalb Chinas. Dadurch ergibt sich für mich die Fragestellung, wie Studentinnen aus China in Österreich Ressourcen und Zugänge zu verschiedenen Medizinsystemen nutzen. Sie befinden sich in einem neuen Lebensumfeld, in dem sie Wissen anwenden können, das sie während der Sozialisation und durch Erfahrung in China erworben haben, sie können ihr health-seeking behaviour verändern sowie neues Wissen in Österreich erwerben.

Einhergehend mit dieser Fragestellung ist das health-seeking behaviour ein interessanter Faktor: wird Selbstmedikation angewandt, in welchen Fällen werden welche ÄrztInnen konsultiert und welche Rolle spielen die lay referral group (vgl. Kapitel 3.2.3) und Medien zur Informationsgewinnung? Welche ÄrztInnen werden aufgesucht, wenn es um den eigenen weiblichen Körper geht – HausärztInnen, GynäkologInnen oder werden TCM-ÄrztInnen präferiert? Manchmal dient eine andere Person erst als VermittlerIn zu einer bestimmten Ärztin oder einem bestimmten Arzt. Oder aber Informationen zum Umgang mit einer Erkrankung werden vom sozialen Umfeld – der Familie, FreundInnen und Bekannten – eingeholt.

Wir dürfen nicht vergessen, dass wir uns in einer globalisierten Gesellschaft bewegen, in der nicht nur Menschen von Kontinent zu Kontinent reisen, sondern auch Ideen, Wissen und Waren. Mir ist es wichtig, diesen Zusammenhang darzustellen, wenn es um die Beschaffung

von Medikamenten und Informationen geht oder um eine Reise zurück ins Heimatland, während der eine ärztliche Konsultation stattfinden kann. Das Internet ist ebenfalls eine Quelle für Informationen und eine Möglichkeit zum Wissenstransfer. Daher werde ich an dieser Stelle folgende Fragen aufwerfen: Woher kommt das Wissen der Frauen um bestimmte Medikamente und Behandlungsmethoden? Und woher stammen die Medikamente und Heilmittel, die sie verwenden? Die komplementäre Nutzung unterschiedlicher Ressourcen aus zwei oder mehreren Medizinsystemen spiegelt das Phänomen Medizinpluralismus in der Praxis wieder.

8. Forschungsdesign und Methode

Vorliegende Arbeit beruht auf ethnografischer Datenerhebung sowie qualitativen Methoden. Das Forschungsdesign beinhaltet Methoden wie ethnografische Feldforschung, Fotodokumentation (von Medikamenten) und Interviews mit insgesamt elf Frauen. Die ethnografische Feldforschung bedeutet, sich mit dem Feld in Beziehung zu setzen und durch die Teilnahme am Feld einen tieferen Einblick in dieses zu erhalten, wie ich nachfolgend näher erläutern werde. Die Interviews waren ebenso zentraler Bestandteil meines Forschungsdesigns, sie ermöglichten mir einen Einblick in die Lebenswelten und Perspektiven der Frauen zu erlangen. Dabei spielt ein phänomenologischer Ansatz eine Rolle, da ich die (Körper-)Wahrnehmung und Perspektiven der Frauen erfassen möchte. Auch Elen Jirovsky (2006: 4) meint: „Frauen erleben sich, ihren Körper und ihre Menstruation auf sehr verschiedene Weisen.“ Diese unterschiedlichen Wahrnehmungen und Perspektiven zu erfassen ist Bestandteil meines Forschungsansatzes.

8.1. Ethnografische Datenerhebung

Ein erheblicher Teil meiner Forschungsarbeit war die Methode der ethnografischen Feldforschung. Durch diese wurde Datengenerierung, Erkenntnisgewinn und ein tieferes Verstehen des Felds möglich. Die Ethnografie bietet die Möglichkeit das beforschte Feld in seiner Ganzheit zu erfassen, komplexe Zusammenhänge besser zu verstehen und tiefer in die Wahrnehmungswelt und in die Erklärungssysteme der InformantInnen einzutauchen (vgl. Eriksen 2001, Mahler/Pessar 2006: 30). Die Ethnografie gewährleistet einen flexiblen Zugang zum Forschungsfeld, der es erlaubt Forschungsfragen den gegebenen Bedingungen und den eigenen Reflexionen anzupassen (vgl. Mahler/Pessar 2006: 31). Für meine Forschungszwecke

war teilnehmende Beobachtung für das Erfassen des Kontextes meiner Informantinnen wesentlich, jedoch stützt sich die vorliegende Arbeit hauptsächlich auf Erkenntnisse, die ich aus den Interviews und einer teilnehmende Beobachtung bei einer Internetrecherche einer Informantin gewann.

Bestandteil meiner ethnografischen Datenerhebung war das Vertrautwerden mit dem Feld und die Teilnahme am Leben meiner Informantinnen. Dazu zählten das Feiern des chinesischen Neujahrsfestes in Wien, gemeinsames Einkaufen in chinesischen Supermärkten, Besuche in chinesischen Restaurants, private Einladungen zum Essen bei ChinesInnen und Rückeinladungen in meine Wohnung. Thomas Hylland Eriksen weist darauf hin, dass die Beteiligung am Leben der Informantinnen die Qualität der Forschungsarbeit wesentlich erhöht (2001: 28).

Genauso besuchte ich aber auch das Asian Village Festival 2009 gemeinsam mit einer taiwanesischen Interviewpartnerin, verfolgte die kinematografische Darstellung der Migrationsgeschichte einer jungen chinesischen Frau („She, a Chinese“), die ethnografische Filmdokumentation über einen chinesischen Arzt in einem kleinen Dorf („Ma dai fu de zhen suo“) oder besuchte das Theaterstück „Der goldene Drache“ (von Roland Schimmelpfenning) über das Leben undokumentierter chinesischer MigrantInnen.

8.2. Das Interview

Die für mein Forschungsfeld am meisten geeignete qualitative Methode ist das Interview, da es mir als einzige Methode ermöglicht die Perspektiven chinesischer Frauen eingehend zu erfassen. Der Zugang chinesischer Frauen zur Frauenheilkunde ist eine intime Angelegenheit, die mir nur über Interviews und informelle Gespräche zugänglich wird. Das Interview ist zudem eine optimale Methode um den Interviewpartnerinnen mittels Zitation eine Stimme zu verleihen:

Bound up with issues of valuing experience, challenge, and empowerment is a concern to provide research participants with a ‚voice‘ – to allow the concerns of women participating in research to be heard on their own terms.
(Murray/Chamberlain 1994: 47)

Nachdem das Ziel meiner Forschung ein exploratives ist, da neue Daten innerhalb des FWF-Forschungsprojekts generiert werden sollen, bietet sich besonders das semi-strukturierte Interview für die Datenerhebung an. Durch die Flexibilität eines mit Leitfaden gestützten

Interviews kann auf die Interviewpersonen, ihre Sichtweisen und neue auftauchende oder wesentliche Themen verstärkt eingegangen werden.

Mit einem Interview geht eine gewisse zeitliche Begrenzung einher. Es muss also möglich sein, innerhalb eines Interviews von ein bis maximal zwei Stunden eine Vertrauensbasis zu schaffen, innerhalb der genügend Informationen zum Untersuchungsgegenstand erlangt werden. Von großer Bedeutung ist es hierbei Vertrauen aufzubauen, denn das Thema des Interviews umfasst einen sehr privaten Teil des Lebens der Interviewten. Die Anonymisierung der Interviewpersonen ist ein Gebot der „ethics of research“, und der Schutz der Privatsphäre der Interviewten oberste Priorität. Von mir selbst ist große Sensibilität erfordert, um zu erkennen, ob eine Frage vielleicht besser nicht gestellt werden sollte oder bei welchen Themen näher nachgefragt werden kann ohne die Grenzen meiner Interviewpartnerinnen zu übertreten.

Ich werde im Folgenden das Interview als Forschungsmethode beschreiben, und mich danach näher mit dem semi-strukturierten und dem strukturierten Interview, der Entwicklung meines Leitfragebogens sowie der Durchführung der Interviews zu befassen. Weitere Bestandteile des Forschungsdesigns waren informelle Gespräche, das Miteinbeziehen von Medikamenten als Forschungsgegenstände, die ethnografische Datenerhebung und die Literaturrecherche.

Das Interview stellt für mich eine derjenigen Forschungsmethoden dar, die uns sehr nahe an die Einstellungen und Sichtweisen der InformantInnen heran lässt. Über Kommunikation und gezielte Fragen können einerseits Informationen sehr schnell und direkt ausgetauscht werden, wir erhalten innerhalb recht kurzer Zeit einen tiefen Einblick in die Lebens- und Gefühlsrealität der Interviewperson, andererseits können durch offene Fragen neue und möglicherweise unerwartete Daten generiert werden. Das Interview stellt eine soziale Situation und eine Realität dar, die durch die Anwesenheit von und der Interaktion zwischen Interviewperson und InterviewerIn geschaffen wird. Die beiden AkteurInnen stehen miteinander in Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig (vgl. Atteslander 2000: 116f; Kvale 1996: 20, 35). Kvale bezeichnet diese wechselseitige Beeinflussung als „interpersonal dynamics within the interaction“ (1996: 35), das heißt die Interaktion muss in ihrer dynamischen Dimension begriffen werden.

Das Interview kann nun als ein Gespräch mit einer Struktur und einem Zweck verstanden werden (vgl. Kvale 1996: 6). Der Zweck des Interviews kann sein, die „subjektiven Theorien“ (Flick 2007: 203) der Interviewten zu rekonstruieren, also deren Perspektiven über und Einstellungen zu einem Thema herauszufinden, und damit einen Einblick in die Welt der

Interviewten zu gewinnen. Die Interviewperson ist der Schlüssel zu ihrer Lebenswelt, und der/die InterviewerIn tritt mit der Einstellung von ihr lernen zu wollen, an sie heran (vgl. Kvale 1996: 125). Durch das Interview können wir einen Zugang zur emischen Perspektive, der Innensicht, erhalten. Dabei ist wichtig herauszufinden, welche Fragen die Fragen der „Insider“ sind, welche Themen für sie bedeutend sind, also nicht auf den eigenen Theorien zu beharren, sondern sich stattdessen für die Sichtweisen und Hypothesen der Interviewten zu öffnen (vgl. Wei 2006: 221ff).

Innerhalb des Interviews entfaltet sich durch die Antworten der Interviewten langsam ein Teil der jeweiligen Lebenswelt, und wir können mit Nachfragen dem Verlauf von Gedanken oder Geschichten folgen. Dieses Entfalten offenbart nicht alles, sondern manchmal nur Bruchstücke, die durch anschließendes Nachfragen, Interpretieren und Analysieren des verbalen und non-verbalen Kommunizierten wie Puzzlestücke zusammen gesetzt werden. Manchmal fehlen auch Puzzlestücke oder aber wir treffen auf scheinbar widersprüchliche Aussagen.

Die Bedingungen während des Interviews, die Art und Weise wie das Interview geführt wird, also die dynamische Interaktion zwischen dem/der Interviewten und dem/der InterviewerIn, beeinflusst das Wissen, das durch das Interview generiert wird (vgl. Atteslander 2000: 117; Kvale 1996: 30, 106, 109). Kvale verdeutlicht dies folgendermaßen: „In the interview, knowledge is created inter the points of view of the interviewer and the interviewee.“ (Kvale 1996: 124) Das heißt, die Ergebnisse, die im Prozess des Interviewens gewonnen werden, sind sowohl von den richtigen InformantInnen und deren Bereitschaft sich auf das Interview einzulassen, wie auch von der Kompetenz des Interviewers oder der Interviewerin und seiner/ihrer Fähigkeit, die Daten zu interpretieren, abhängig (vgl. Sæther 2006: 43). Das Interpretieren beginnt schon während des Interviews, und durch Rückfragen, Verbinden verschiedener Aussagen und das Hinterfragen von Antworten können die bereits während des Interviews auftauchenden Interpretationen verifiziert oder falsifiziert werden.

Wichtig ist ebenfalls die Verständlichkeit der Fragen und Begrifflichkeiten abzuklären (das ist vor allem der Fall, wenn der/die InterviewerIn oder der/die Interviewte nicht die Möglichkeit hat, in seiner/ihrer Muttersprache zu sprechen), denn ansonsten besteht die Gefahr der Produktion artefaktischer, also künstlicher Aussagen (vgl. Atteslander 2000: 128).

Für den explorativen Zugang zu einem Thema eignet sich das semi-strukturierte Interview besonders, da durch die offene Herangehensweise neue Informationen und Hinweise in Bezug auf den Forschungsgegenstand generiert werden können (vgl. Kvale 1996: 97). Aufgrund

dessen ist mein Interviewleitfaden ein semi-strukturierter, er hat sich auch im Laufe der Zeit verändert und an den Forschungsprozess im hermeneutischen Sinne angepasst.

Semi-strukturiertes Interview

Das semi-strukturierte Interview orientiert sich an einem Leitfaden und hat somit den Vorteil, dass es flexibel ist, Fragen individuell gestellt, umgestaltet, ausgetauscht und somit den Antworten und Reaktionen der Interviewperson angepasst werden können. Durch diese Offenheit können die Perspektiven des/der Befragten viel stärker hervorkommen als dies in standardisierten Interviews möglich wäre (vgl. Atteslander 2000: 141, Flick 2007: 194, 207ff; Kvale 1996: 124).

Uwe Flick geht davon aus, dass die Interviewpersonen „über einen komplexen Wissensbestand zum Thema der Untersuchung“ (2007: 203) verfügen, also „subjektive Theorien“ über einen bestimmten Gegenstand haben, und es das Ziel des Interviews ist, diese im Gespräch ausfindig zu machen und anschließend zu rekonstruieren. Dafür bedarf es von Seiten des Interviewers bzw. der Interviewerin Sensibilität, Offenheit und die Fähigkeit, der Interviewperson während des Interviews einen Raum zu öffnen, in dem sie ihre Rolle als InformantIn und ErzählerIn wahrnehmen kann (vgl. Flick 2007: 223). Je spontaner und offener das Interview gestaltet ist, desto eher ist es möglich, dass unerwartete Antworten auftreten, die wiederum neue weiterführende Fragen eröffnen können (vgl. Kvale 1996: 129f). Allerdings sollte hier die Problematik der späteren Analyse und eventuell mangelnden Vergleichbarkeit der Interviews nicht außer Acht gelassen werden.

Entwicklung des Fragebogens

Der erste Teil eines jeden Interviews wird durch den soziodemografischen Fragebogen (siehe Anhang), dem strukturierten Interviewteil, eingeleitet. Er dient der Erhebung der Herkunft, des sozialen Hintergrunds und Umfelds, der Migrationsgeschichte und Lebensbedingungen in Österreich. Damit soll zum einen der soziale Kontext der Interviewten erfasst werden, zum anderen wird damit eine Vergleichbarkeit der Daten für die Analyse ermöglicht. Dieser Fragebogen ist von der Projektleiterin Dr. Christine Binder-Fritz vorgegebener Bestandteil der Interviews, und wird für die statistische Auswertung des Projekts verwendet.

Der zweite Interviewpart wird mit einem semi-strukturierten Fragebogen (siehe Anhang) geführt. Rohentwürfe wurden dabei von der Projektleiterin Dr. Christine Binder-Fritz an die

ProjektmitarbeiterInnen geschickt und von diesen an die jeweiligen Fragestellungen und Thematiken angepasst und zu eigenständigen Fragebögen weiterentwickelt. In Rücksprache mit der Projektleiterin sowie in den regelmäßig stattfindenden Projekttreffen wurden die Fragebögen diskutiert und weiterentwickelt.

Der von mir verwendete Fragebogen war im Laufe der Forschung einem ständigen Entwicklungsprozess unterworfen, da Kerninformationen aus den Interviews sowie informelle Gespräche wesentliche Impulse für eine Adaptierung gegeben haben. Der Fragebogen liegt nun in fünf verschiedenen Versionen vor. Die aktuelle Version findet sich im Anhang – hier habe ich Antwortkästchen erstellt, die während des Interviews abgehakt werden, um die spätere Analyse zu vereinfachen und das Führen langer Notizen während des Interviews zu vermeiden. Diese grau eingefärbten Passagen im Fragebogen werden also nicht abgefragt, sondern nur bei Auftauchen bestimmter Antworten markiert, da dies ansonsten dem Sinn des semi-strukturierten Fragebogens widersprechen würde.

Der Leitfragebogen deckt die Themenfelder Erfahrung mit der Menstruation und etwaige Beschwerden, gynäkologische Probleme, Medizinpluralismus, Medikamentengebrauch, Zugang zur Gynäkologie und Verwendung von Verhütungsmitteln ab. Ich leite diesen Interviewteil mit allgemeinen Fragen über die Menstruation ein, um dann auf das Befinden der Interviewten während der Menstruation einzugehen. Dabei möchte ich einerseits das Vorhandensein von Menstruationsbeschwerden abklären und andererseits das health-seeking behaviour im Falle von Menstruationsbeschwerden erfragen. Bei der Frage nach gynäkologischen Beschwerden beziehe ich mich auf eine Auflistung der häufigsten Symptome von Hildegard Hofmann (1999: 177): Ausfluss, Unterbauchschmerzen, Blutungsstörungen, Schmerzen und Veränderungen der Brust. Bei Angabe einer Frauenkrankheit erfrage ich sowohl die angenommene Krankheitsursache als auch das oder die Behandlungsverfahren. Der Fragebogen umfasst die allgemeine Tendenz zur Komplementärnutzung und den Bezug von Medikamenten. Die Einstellung zur und Inanspruchnahme der Gynäkologie wird als weiterer Themenbereich abgedeckt. Damit wird die Möglichkeit, die Gynäkologie als Ressource zu nutzen bzw. deren Ablehnung erschlossen. Das letzte Themengebiet umfasst die Verhütung, da Verhütungsmittel zu therapeutischen Zwecken oder zur Prävention von Krankheiten eingesetzt werden können.

Die Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden mit zwei Ausnahmen alle mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Nur das Mitverfolgen der Internetrecherche und ein sich spontan ergebendes Interview wurden handschriftlich protokolliert. Das Einverständnis der Interviewpartnerinnen wurde vor der mechanischen Aufzeichnung eingeholt und ich sicherte ihnen Anonymisierung zu. Zusätzlich zu der Aufnahme machte ich Notizen und bat die Interviewpartnerinnen bei der Nennung einer chinesischen Bezeichnung, diese für mich niederzuschreiben.

Nachdem ich die chinesische Sprache nicht beherrsche, wurden die Interviews hauptsächlich auf Deutsch und in zwei Fällen in Englisch geführt. Durch die unterschiedlichen sprachlichen Kompetenzen (die meisten der Informantinnen lernen erst seit einigen Jahren Deutsch) war eine gewisse asymmetrische Beziehung vorhanden. Ich sah es daher als meine Aufgabe an, die Fragen möglichst kurz und verständlich auszudrücken. Die Möglichkeit eine Dolmetscherin einzusetzen (die im Rahmen des FWF-Projekts zur Verfügung gestanden wäre) war eine Überlegung, um das Problem der Verständigung zu minimieren und die sprachlich bedingte Asymmetrie aufzuheben. Die Tatsache jedoch, dass der Informantin dann zwei statt nur einer Person gegenüber sitzen würde, hätte vermutlich die Offenheit des Interviews beeinflusst sowie die indirekte Kommunikation durch den Übersetzungsprozess den Fluss des Interviews blockiert. Ich entschied mich daher, diese Möglichkeit auf den Bedarfsfall zu beschränken.

Informelle Gespräche

Informelle Gespräche ergeben sich im Laufe eines Feldforschungsprozesses ständig, sie entstehen im Feld ohne dass das Aufnahmegerät stets bereit gehalten wird. Sie ergeben sich meist spontan, bei der teilnehmenden Beobachtung, bei einer zufälligen Begegnung in einem Café oder auf der Straße, aber auch bei der Kontaktaufnahme vor und nach einem Interview. Informelle Gespräche erfolgen unstrukturiert und ungeplant, die einzige Quelle, die dem/der ForscherIn bleibt, ist ein später angefertigtes Gedächtnisprotokoll und das jotting, kurze Notizen, die zwischendurch schnell angefertigt werden.

Informelle Gespräche können der Schlüssel zu neuen Informationen sein oder aber zusätzliches Wissen liefern, denn das Fehlen eines strukturellen Rahmens ermöglicht eine lockere Kommunikation. Informelle Gespräche, die mir später in Form von

Gesprächsprotokollen vorlagen, boten oft wichtige Informationen, die in der späteren Analyse hilfreich waren.

8.3. Medikamente als Untersuchungsgegenstände

Im Laufe meiner Forschung begann ich, die Namen der Medikamente aufzuschreiben, die meine Interviewpartnerinnen nannten. Anfangs fragte ich nur danach ob sie chinesische oder westliche Medikamente verwendeten, doch dann erkannte ich, dass es sinnvoller wäre, die Medikamentenbezeichnungen zu erfragen um eine bessere Vergleichbarkeit der Informationen zu erzielen. Ich bat die Interviewpartnerinnen mir die Bezeichnung der Medikamente aufzuschreiben, damit ich sie korrekt zitieren könne. In zwei Fällen ergab sich die Möglichkeit die Medikamente zu fotografieren, und in einem Fall konnte ich sämtliche Beipackzettel einscannen, um sie anschließend von der Sinologin Mag. Helena Stanek, einer Mitarbeiterin im Projektteam, auf Deutsch übersetzen zu lassen. Eine Interviewpartnerin brachte mir die chinesischen Medikamente *goji* und *hong zao* mit, die ich ebenfalls fotografierte.

8.4. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche machte ebenfalls einen sehr intensiven Teil des Forschungsprozesses aus. Ich nutzte dabei den österreichischen Bibliothekskatalog und recherchierte in Datenbanken nach Artikeln in Journals. Die Literatur diente eingangs zur Orientierung und Vertiefung in das Thema, der Vorbereitung des Forschungsdesigns und begleitete den gesamten Forschungsprozess.

9. Feldforschungsprozess

Der Feldforschungsprozess begann mit dem Einstieg in das von Dr. Christine Binder-Fritz konzipierte und geleitete FWF-Projekt. Der Feldforschungsprozess erfolgte im Sinne des „hermeneutischen Zirkels“³⁵, die Forschungsfragen und der Fragebogen wurden im Zuge neuer Daten und meiner Reflexionen immer wieder adaptiert. Insgesamt führte ich 13

³⁵ Der hermeneutische Zirkel zielt darauf ab, neues Wissen und tiefere Erkenntnisse zu generieren. Dabei wird im prozesshaften und zirkulären Vorgehen gearbeitet. Auf der Basis eines Vorverständnisses des Feldes oder der Thematik wird in einem zirkulären Prozess Wissen generiert (z.B. durch qualitative Datenerhebung), dieses interpretiert (z.B. mit Hilfe von Literatur), die Ausgangsfragestellung bearbeitet usw. bis ein tieferes Verständnis des Gegenstandes erzielt wird (vgl. z.B. Maraldo 1974)

Interviews mit elf verschiedenen Personen sowie eine teilnehmende Beobachtung bei einer Internet-Recherche. Zusätzlich zu den Interviews führte ich Feldnotizen und fertigte Memos über die Interviewsituation an.

Im Folgenden werde ich die Auswahl der Interviewpartnerinnen und den Zugang zum Feld beschreiben. Ich werde anschließend auf die Durchführung der Datenerhebung eingehen, und danach kurz die Interviewpartnerinnen vorstellen. Danach stelle ich meine Positionierung im Feld dar und gehe auf meine eigenen Erfahrungen mit Medizinpluralismus im Bereich der Frauenheilkunde ein, die zu meinem Verständnis des Forschungsgegenstands beigetragen haben. Abschließend werden ethische Überlegungen im Forschungsprozess dargestellt.

9.1. Auswahl der Interviewpartnerinnen

Ich habe mein Feld auf die Gruppe chinesischer Studentinnen eingegrenzt. Dabei handelt es sich um eine Gruppe, über die noch sehr wenig Studien bestehen (vgl. Bishop et al. 2009: 8). Migrationsmuster haben sich im Laufe der letzten Jahrzehnte verändert (vgl. Kapitel 6), und chinesische Studentinnen sind im Licht der internationalen Migration zu sehen. Studentinnen gehören einerseits einer höheren Bildungsschicht an, was vermutlich mit einer höheren Einkommensschicht in China korreliert. Andererseits fallen sie unter die Bildungsmigration, und haben daher andere Migrationsgründe und -ziele als andere MigrantInnengruppen.

Die Theorie sozialer Repräsentationen „geht davon aus, dass unterschiedliche Formen von Wissen bei Laien in unterschiedlichen sozialen Gruppen existieren“ (Flick 2007: 75f). Auch Kleinman spricht von „sozialen Realitäten“ (1980: 36f), die innerhalb bestimmter Gruppen, sozialer Schichten oder Bildungsschichten sowie einzelner Individuen variieren, da sie durch die Sozialisation in der Familie und in Gruppen erlernt werden. Insofern erfrage ich in meiner Studie das Wissen und die komplementärmedizinische Nutzung von Medizinsystemen innerhalb der Gruppe chinesischer Studentinnen, wobei natürlich Variationen in den Aussagen aufgrund unterschiedlicher „sozialer Realitäten“ auftauchen.

Eine weitere Eingrenzung besteht darin, dass die Studentinnen frühestens ab einem Alter von zehn Jahren nach Österreich gekommen sind. Die Sozialisation sowie der Erwerb von Wissen in Bezug auf Behandlungsmethoden, -möglichkeiten und die Nutzung von Medizinsystemen erfolgten noch innerhalb Chinas. Viele der chinesischen Studentinnen sind meist erst für das Studium nach Österreich gekommen, das heißt, sie befinden sich zum Zeitpunkt des Interviews erst seit wenigen Jahren hier. Der Rückbezug zu China spielt eine Rolle in Zusammenhang mit dem Medikamenten- und Informationstransfer.

Ich habe in mein Forschungsfeld nicht ausschließlich Studentinnen aus der VR China, sondern darüber hinaus auch taiwanesischen Studentinnen miteinbezogen. Wenn ich von chinesischen Studentinnen oder China spreche, beziehe ich in dieser Arbeit taiwanesischen Studentinnen oder Taiwan in diese Termini mit ein.

In Taiwan sind genauso wie in der VR China zwei koexistierende Medizinsysteme professionelle und institutionalisierte Sektoren: die traditionelle chinesische Medizin und die westliche Medizin. Die westliche Medizin hat jedoch den größeren Einfluss (vgl. Lew-Ting 2005: 2112) aufgrund der geschichtlichen Entwicklung Taiwans (vgl. Kapitel 4.1). Jedoch sind auch in der VR China selber Unterschiede in der Nutzung von Medizinsystemen vorhanden z.B. Stadt-Land-Unterschiede, Differenzen zwischen Nord- und Südchina, innerhalb unterschiedlicher Bildungs- und Einkommensschichten etc.

Die Studie von Lew-Ting (2005: 2113f) über integratives health-seeking behaviour in Taiwan zeigt beispielsweise, dass zwar 38,7 % der Befragten ausschließlich westliche Medizin nutzten, jedoch beinahe die Hälfte (48,5 %) westliche Medizin selektiv (zu Diagnosezwecken, weitere Behandlung in anderen Medizinsystemen) oder komplementär (23,8 %), oder alternative Medizinsysteme (21,3 %) nutzten. Diese Studie zeigt, dass auch in Taiwan Komplementärnutzung unterschiedlicher Medizinsysteme eine große Bedeutung hat. Aus diesem Grund habe ich Kontakte mit Taiwanesischen, die sich ergaben, für diese Forschung nicht ungenutzt gelassen.

9.2. Zugang zum Feld

Der Einstieg ins Feld fiel mir relativ leicht, da ich bereits eine chinesische Studentin recht gut kannte und diese mir ihre Unterstützung zusicherte. Sie war nicht nur eine meiner Informantinnen, sondern auch Gatekeeperin zur chinesischen Community, und mit ihrer Hilfe bekam ich Zugang zu drei ihrer Freundinnen. Vertrauen spielt für die Interviewsituation eine wichtige Rolle und ich hatte die Gelegenheit, zwei meiner neuen Interviewpartnerinnen bereits vorab beim chinesischen Neujahrsfest sowie bei einer Einladung zum Essen kennen zu lernen, bevor sie mir ein Interview zusicherten.

Die Kontakte zu meinen Interviewpartnerinnen habe ich fast ausschließlich über andere Personen herstellen können: Eine Interviewpartnerin wohnte im Studentenheim einer Freundin und diese vermittelt mir den Kontakt. In einem Seminar wurde eine weitere Interviewpartnerin von einem Freund für mich angesprochen. Zwei Taiwanesischen lernte ich ebenfalls über einen Freund und meine Projektkollegin Barbara Rieger kennen. Barbara

Rieger führte mit einer Taiwanerin drei Interviews, die ich für die spätere Analyse heranziehen konnte.

Über den Pool an Informantinnen des FWF-Projekts „Asiatische Migrantinnen in Österreich: Gender, Körper, Gesundheit und Versorgung“ sowie über eine Ausschreibung auf der Homepage des Instituts für Sinologie konnte ich jeweils eine weitere Informantin finden.

Nachdem meine Interviewpartnerinnen Studentinnen waren, habe ich auch auf dem Unicampus, am Institut für Sinologie und auf der Bibliothek für Ostasienwissenschaften Chinesinnen angesprochen. Allerdings habe ich auf dieser Suche nur eine Interviewpartnerin gefunden. Meine Kollegin Tanja Ruediger führte vorab ein Interview mit ihr, das ebenfalls in meine Analyse einfluss.

9.3. Durchführung der Datenerhebung

Der Feldforschungsprozess zog sich über einen Zeitraum von circa zehn Monaten. Im Sinne des hermeneutischen Zirkels veränderten sich in dieser Zeit meine Forschungsfragen und die Fragebögen und wurden an neue Erkenntnisse angepasst.

Dadurch entstanden aus dem anfänglichen Fragebogen, der das Feld sondierte, vier weitere Versionen. Ich führte mein erstes Interview mit einer chinesischen Studentin, zu der ich eine freundschaftliche Beziehung pflege. Sie gab mir nach dem Interview Feedback auf den Fragebogen und meine Interviewführung, was zu einer Umstrukturierung und Adaptierung des Fragebogens führte. Danach kam es nur mehr zu geringen Änderungen am Fragebogen (siehe Anhang).

Ich führte 13 Interviews mit neun Chinesinnen und zwei Taiwanerinnen. Um den Ansprüchen qualitativer Forschung gerecht zu werden sowie tieferen Einblick in die Lebenswelt zu bekommen, führte ich in drei Fällen ein zweites Interview mit meinen Interviewpartnerinnen. Das hatte zum einen den Vorteil, dass bereits eine Vertrauensbasis bestand, der Zugang erleichtert war und ich gezielt auf der Basis des ersten Interviews nachfragen konnte. Dadurch konnte ich offene Fragen klären sowie nochmals neue Daten generieren. Ein Interview ergab sich spontan aus einem Treffen bei dem ich die Medikamente einer Interviewpartnerin fotografieren wollte. Eine teilnehmende Beobachtung war eine gemeinsame Internetrecherche, bei der ich die Internetpfade meiner Informantin mitverfolgte, die eingegebenen Medikamenten-, Kräuter- und Tiernamen mitschrieb und Notizen zu den Ausführungen meiner Informantin machte.

Die Interviews wurden größtenteils im öffentlichen Raum geführt, dabei war es nicht einfach ein Café oder ein Restaurant zu finden, in dem optimale Interviewbedingungen herrschten. Ich ließ immer die Informantinnen einen Ort auswählen, denn ich wollte, dass sie sich möglichst wohl während des Interviews fühlten. Wenn keine konkreten Wünsche bezüglich eines Intervieworts geäußert wurden, traf ich mich mit den Informantinnen in der Nähe ihrer Wohnung und suchte gemeinsam mit ihnen einen Ort für das Interview. Wenn die Interviews in einem Café stattfanden, beeinträchtigte dies die Qualität der Interviews zu meiner Überraschung nicht, meine Interviewpartnerinnen waren alle sehr offen und fühlten sich offenbar wohl. In einem Fall litt leider die Aufnahmequalität extrem unter der lauten Musik des Lokals und ich musste in mühsamster Arbeit Bruchstücke des Interviews unter der Geräuschkulisse herausfiltern.

Die Interviewpartnerinnen, die ich bereits kannte oder vorab kennen lernte, traf und interviewte ich entweder bei mir zuhause oder in der Wohnung einer gemeinsamen Freundin. Überraschend war für mich die Offenheit, die mir meine Informantinnen entgegenbrachten. Ich berührte doch intime Themen, und anfangs war es eher für mich schwierig die Fragen zu stellen und ich tastete mich vorsichtig an die Themen heran. Jedoch merkte ich, dass es für kaum eine meiner Interviewpartnerinnen problematisch war, und dadurch gewann ich auch mehr Sicherheit im Interviewen. Ich war immer darum bemüht eine möglichst angenehme und positive Gesprächsatmosphäre zu schaffen, vor und nach dem Interview mit meiner Interviewpartnerin zu plaudern und Vertrauen aufzubauen. Dies führte gelegentlich dazu, dass ich über das Interview hinaus oft mit meinen Interviewpartnerinnen ein bis zwei weitere Stunden in einem Café verbrachte oder gemeinsame Aktivitäten verabredet wurden.

9.4. Meine Interviewpartnerinnen

Ich führte Interviews mit neun Chinesinnen und zwei Taiwanesinnen. Zusätzlich verwendete ich für die Analyse noch ein weiteres Interview einer TCM-Ärztin, das von Barbara Rieger geführt wurde. Eine meiner Interviewpartnerinnen wurde auch von Tanja Ruediger interviewt – ich beziehe diese Daten in meine Analyse mit ein. Ich werde nun die Interviewpartnerinnen kurz vorstellen – die Namen sind durch Pseudonyme ersetzt.

Ai, 28 Jahre, migrierte vor sieben Jahren wegen des Studiums der Musikwissenschaften alleine nach Österreich. Sie kommt aus Nordchina, und ist mittlerweile mit einem Österreicher verheiratet.

Bai, 42 Jahre, praktizierte in China als Ärztin der westlichen Medizin und kam über einen staatlichen Vertrag nach Österreich um als Krankenschwester zu arbeiten. Sie nennt auch das Erlernen der Sprache als einen Migrationsgrund, und schloss zum Zeitpunkt des Interviews ein Studium ab. Sie kam gemeinsam mit ihrem Mann und ihrem Kind aus Sindao vor 15 Jahren nach Österreich.

Cui, 29 Jahre, kam vor sechs Jahren nach Wien um Musikwissenschaften sowie am Konservatorium zu studieren. Sie lebte in Shanghai und in den letzten Jahren vor ihrer Abreise in Peking. Auch sie lernte hier einen Österreicher kennen, den sie heiratete.

Dan, 33 Jahre, verließ vor vier Jahren Suzhou (Südchina) für ein Studium an der Kunstuniversität in Wien. Sie arbeitet gelegentlich immer noch in China als Designerin.

Fang, 28 Jahre, wollte schon immer nach Österreich migrieren und nutzte vor sechs Jahren die Gelegenheit hier ihr Studium weiterzuführen. Sie stammt ebenfalls aus Shanghai.

Hua, 28 Jahre, kam vor mehr als zwei Jahren aus Qindao (Nordchina) für ein Studium am Konservatorium nach Wien. Die Ausbildung soll ihr bessere Jobaussichten in China garantieren.

Lian, 23 Jahre, lebt seit 13 Jahren in Österreich, sie kam aus Sian hierher. Der Migrationsgrund war die Heirat ihrer Mutter mit einem Österreicher. Tanja Ruediger führte mit ihr ebenfalls ein Interview.

Xue, 29 Jahre kam aus Ningbo (Südchina). Nach Beendigung ihres Studiums an der TU kehrte sie – kurz nach unserem Interview - nach China zurück. Sie lebte sechs Jahre lang in Österreich. Bei einem Besuch in Österreich wurde ich von ihr zum Essen eingeladen.

Mai, 25 Jahre, kam vor fünf Jahren aus Shanghai für ein Studium nach Wien. Dieses soll ihr bessere Jobchancen in China verschaffen. Ihr Onkel und ihre Cousine lebten bereits in Österreich und sie zog bei ihnen ein.

Qiao, 21 Jahre, kam aus Miaoli (Taiwan) für ein Jahr im Zuge eines StudentInnen-Austauschprogramms nach Österreich. Sie hatte zum Zeitpunkt ihrer Abreise eine Beziehung.

Yang, 27 Jahre, wurde im Alter von 12 Jahren für eine Klavierausbildung von ihren Eltern nach Wien geschickt. Sie kommt aus Taichung (Taiwan). Sie war zum Zeitpunkt des Interviews mit einem Österreicher verlobt.

Dr. Gao ist Ärztin der traditionellen chinesischen Medizin. Sie wurde von Barbara Rieger interviewt, und ich ziehe dieses Interview zur Analyse heran.

9.5. Positionierung im Feld

Die Positionierung im Feld (der bias) ist von wesentlicher Bedeutung im Forschungsprozess. Zu Beginn der Frauenforschung wurde die Annahme kritisiert, dass weibliche Forscherinnen für die Forschung über andere Frauen besser geeignet wären. Jedoch ist es wichtig, den bias zu reflektieren und in den Feldforschungsprozess mit ein zu beziehen. Es gibt gewisse Themen, zu denen Forscherinnen als Frauen einen leichteren Zugang bekommen werden als Männer. Das ist zum Beispiel der Bereich der Frauengesundheit, Menstruation und Verhütung. Ein Ethnologe wird hier andere Daten generieren als eine Ethnologin, aus dem Grund, dass die gemeinsame Erfahrung des Frau-Seins zwischen Interviewerin und Informantin einen Vorteil im Zugang zu intimen Daten darstellt.

Manfred Kremser beschreibt die Reflexion der eigenen Positionierung folgendermaßen: „Nachdem sich der Forscher als Beteiligter verstand, musste er *seine eigene Person als Teil des Untersuchungsgegenstandes auffassen*.“ (Kremser 2001: 139) Dabei ist es wichtig, die eigene Person im Feldforschungsprozess darzustellen, um den ethnografischen Prozess nachvollziehbar zu machen: „Text ist nicht Darstellung einer Kultur, sondern Ergebnis eines Zusammentreffens von Forscher und Kultur.“ (Kremser 2001: 140)

Dennoch muss uns immer bewusst bleiben, dass gewisse Machtverhältnisse zwischen ForscherIn und InformantInnen bestehen (vgl. Murray/Chamberlain 1998: 46). Diese liegen einerseits in der Rollenverteilung, andererseits auch in den unterschiedlichen Sprachkompetenzen. Es liegt an der Forscherin bzw. am Forscher, die Verantwortung für den Forschungsprozess und die Verwaltung der Daten zu tragen.

Als Studentin und Frau hatte ich eine günstige Position in meinem Forschungsfelds, die den Zugang zu den Studentinnen erheblich erleichterte. Ich konnte mit den Interviewpartnerinnen über das Studieren generell und über Diplomarbeiten im Speziellen sprechen sowie über die gemeinsame Basis des Studierens Kontakt und Vertrauen aufbauen. In meiner Position als Frau bekam ich Zugang zu den Erfahrungen und dem Erleben meiner Interviewpartnerinnen in den Bereichen Menstruation, Frauenheilkunde und Verhütung. Manchmal wurde ich auch über meine eigenen Erfahrungen gefragt, was die Wichtigkeit meiner Position als Frau für das Vertrauen meiner Interviewpartnerinnen zeigt.

9.6. Forschung am eigenen Leib erfahren

Im Laufe des Forschungsprozesses wurde ich selber mit einem Problem im Bereich der Frauenheilkunde konfrontiert. Ich konnte so am eigenen Leib erfahren, was ich selber an anderen erforschte: eine schmerzhaft, intensive, aber auch hilfreiche Erfahrung. Ich bekam erstmals starke Menstruationsschmerzen verbunden mit Übelkeit. Ich versuchte die Beschwerden mit Schmerzmitteln, Ingwer-, Frauenmantel- und Schafgarbentee in Schach zu halten. Schließlich suchte ich meinen Gynäkologen auf. Die Entdeckung einer Eierstockzyste brachte auch keine Erklärung, da sie nach kurzer Zeit wieder verschwand, die Schmerzen jedoch blieben. Die Suche nach einer Therapie führte vom Gynäkologen über einen Homöopathen bis hin zur Osteopathie.

Die Suche nach der richtigen Therapie wurde begleitet von Gesprächen mit etlichen Freundinnen, der Familie, von Internetrecherchen, Selbstbehandlung und dem Aufsuchen dreier ExpertInnen. Dabei griff ich auf bereits vorhandene Erfahrungen mit der Biomedizin und Homöopathie zurück, auf mein eigenes Wissen über Hausmittel und auf Informationen aus den Medien und meinem sozialen Umfeld.

Diese Erfahrungen waren für mich sehr mühsam und schmerzhaft, aber auch hilfreich im Verstehen des komplexen Prozesses des health-seeking behaviours und den Entscheidungsprozessen, die im Laufe einer Erkrankung getroffen werden. Ich konnte am eigenen Körper erfahren, was mir andere bisher nur erzählt hatten. Ich teilte die Erfahrungen der Menstruationsschmerzen mit den Interviewpartnerinnen, wenn sie an einer ähnlichen Problematik litten. Dies schaffte eine spezielle Nähe, eine Art Verbundenheit im Schmerz, aber dadurch weichte sich auch die Rollenverteilung zwischen Interviewerin und Interviewpartnerin auf: wir waren beide Frauen und nur zu gerne nahmen meine Interviewpartnerinnen dann Rolle der Expertin ein um mir Möglichkeiten aufzuzeigen, die es zur Schmerzbehandlung gab. Es wurden aber auch Fragen an mich gerichtet, wie ich denn mit den Schmerzen umgehen würde. Das zeigte, dass es den interviewten Frauen wichtig war, neue Behandlungsmöglichkeiten zu entdecken, die sie in den eigenen Wissensfundus einbauen konnten.

9.7. Ethik in der Forschung

Im Rahmen des FWF-Projekts wurde ein Informationsblatt für die Interviewpartnerinnen erstellt (siehe Anhang), das vor jedem Interview an die Informantinnen ausgegeben wurde. Darauf war auch die Kontaktadresse der Projektleiterin Dr. Christine Binder-Fritz für Fragen bezüglich des Projekts abgedruckt.

Zusätzlich informierte ich die Interviewpartnerinnen vor jedem Interview nochmals über das Projekt, das Anonymität und Datenschutz zusicherte. Ich gab ihnen nach jedem Interview nochmals die Möglichkeit Fragen oder Reflexionen zur Forschung, dem Interview oder dem Projekt zu stellen. Ich zeigte auch vor jedem Interview die Möglichkeit auf, etwaige als unangenehm empfundene Fragen nicht beantworten zu müssen.

10. Analyseinstrumente

Ich verwendete für die Analyse einerseits die 13 von mir geführten Interviews sowie eine teilnehmende Beobachtung, andererseits auch zwei Interviews von meinen Projektkolleginnen Barbara Rieger und Tanja Ruediger. Eine Vernetzung innerhalb des Teams sowie die Zusammenführung von unterschiedlichen Daten waren im Projekt vorgesehen und das Miteinbeziehen von Daten Anderer ein erwünschter Prozess.

Um meine Daten zu analysieren verwendete ich das Software-Programm Atlas.ti. Es wird auf der Homepage als Analysemethode beschrieben, die es vor allem ermöglicht, große Datenmengen zu bewältigen: „ATLAS.ti is a powerful workbench for the qualitative analysis of large bodies of textual, graphical, audio and video data.“ (www.atlasti.com) Nachdem ich insgesamt 16 Interviews und die dazugehörigen Memos analysierte, war das Programm hilfreich in der Bewältigung der Datenmengen.

Ich spielte meine Daten (Interviewtranskripte, Memos der Interviewsituation, Notizen von informellen Gesprächen, übersetzte Beipackzettel und Fotos von Medikamenten) in das Programm ein, kodierte Textpassagen und fasste die Codes anschließend zusammen. Dabei wendete ich ein bereits vorhandenes Kategoriensystem auf meine Daten an: Ich erstellte anfänglich die Codes aufgrund des Fragebogens und erweiterte diese im Laufe der Datenanalyse. Später ließen sich Codes im Bedarfsfall zusammenführen. Eine Reduktion des Materials wurde dabei nicht ganz im Sinne von Mayring erzielt, jedoch wurden dadurch nur die wesentlichen Textpassagen der Interviews hervorgehoben und unwesentliche Inhalte und Interviewteile ausgeblendet. Strukturierung führte ich jedoch im Sinne von Mayring durch,

und um die „Struktur aus dem Material herauszufiltern“ (Mayring 2000: 82) legte ich meine Kategorien über den Text und ordnete dann die Daten Themen und Subthemen zu.

Ich führte zusätzlich zur qualitativen Analyse im Atlas.ti für bestimmte Themen bzw. Codes (z.B. Menstruationsbeschwerden) eine Reduktion des Materials in Anlehnung an Mayring durch: Ich paraphrasierte und verallgemeinerte die Textstellen, die einem bestimmten Thema zugeordnet waren, strich bedeutungsgleiche Paraphrasen (erste Reduktion) und fasste ähnliche zusammen (zweite Reduktion) (vgl. Mayring 2000: 60).

Die Ergebnisse der Analyse wurden anschließend mit dem Ausgangsmaterial verglichen. Die endgültigen Resultate möchte ich nun im weiteren Abschnitt dieser Arbeit vorstellen.

III ERGEBNISSE

The problem is that there are no secure outcome and no guaranteed results, as everything depends on access to the right informants, their will to answer questions and the fieldworker's ability to interpret the acquired information. (Sæther 2006: 43)

11. Medizinpluralismus in der Frauenheilkunde

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, eine Frauenkrankheit zu behandeln. Die Entscheidung jedoch, welche Option(en) genutzt wird bzw. werden, liegt bei den einzelnen Frauen und wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Erfahrungen mit und Wissen um Erkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten und zur Verfügung stehenden Ressourcen, sowie die lay referral group spielen eine Rolle im Entscheidungsprozess. Informationen können über Medien, vor allem im Internet, über Beipackzettel, Gespräche mit ÄrztInnen sowie die lay referral group erhalten werden, und zur Entscheidungsfindung beitragen.

Selbstbehandlung im Populärsektor mit westlicher und chinesischer Medizin, mittels der Ernährung sowie alternativen Maßnahmen wird vornehmlich als erste therapeutische Maßnahme angewandt. Ernährung wird sowohl präventiv als auch zur Behandlung von Beschwerden eingesetzt. Der ärztliche Bereich wird vor allem von TCM-ÄrztInnen sowie GynäkologInnen in Österreich und China repräsentiert. Ich werde die tendenzielle Nutzung von der westlichen und der chinesischen Medizin im Allgemeinen sowie im speziellen Bereich der Frauenheilkunde besprechen.

11.1. Westliche und chinesische Medizin

Das traditionelle chinesische und das westliche Medizinsystem sind in China nebeneinander etabliert und werden von den meisten ChinesInnen komplementär genutzt. Die Nutzung dieser beiden Medizinsysteme in China beeinflusst die Entscheidungen von MigrantInnen für therapeutische Maßnahmen in Österreich wesentlich.

Der Prozess der Behandlung kann einerseits durch die Art der Erkrankung beeinflusst werden: Chinesische Medizin wird generell als natürlich und sanfter angesehen, da sie sich nur aus pflanzlichen, tierischen und mineralischen Stoffen zusammensetzt. Daher wird sie als relativ frei von Nebenwirkungen beschrieben: „...da kann man nicht zuviel davon essen, weil das baut der Körper wie normale Nahrung wieder ab...“ (Lian_2, Z 722-723) Dan meint

ebenfalls, dass die Einnahme chinesischer Medizin nie schädliche Auswirkungen haben könne: „...Chinese medicine how to say, it's äh can't be too much, can't be too less.“ (Dan, Z 658)

Chinesische Medizin wirkt regulierend, sie löst Blockaden auf und bringt *yin* und *yang* wieder in Gleichgewicht. Jedoch ist ihre Wirkung auch langsamer, da sie die Wurzel der Erkrankung beheben soll: „...die chinesische Medizin es dauert länger, aber das diese diese kann man von Grund so wie sagt man, heilen oder so, vielleicht westliche Medizin kann man diese Auswertung so schnell so werten, aber vielleicht diese Basis doch nicht.“ (Fang, Z 737-740)

Der Geschmack chinesischer Medizin wird als „eklig“ (Hua, Z 380) und nicht besonders wohlschmeckend beschrieben. Eine Interviewpartnerin lehnt aufgrund dessen die chinesische Medizin ab und verwendet stattdessen lieber westliche Medikamente.

Westlicher Medizin wird im Gegensatz dazu eine schnellere Wirksamkeit zugesprochen, und daher wird sie bei akuten Problemen, Erkrankungen sowie Entzündungen eingesetzt. Sie wird als stärker als die chinesische Medizin und manchmal sogar als aggressiv beschrieben, demnach werden ihr auch Nebenwirkungen nachgesagt. Die Verwendung westlicher Medikamente wird von einigen der Interviewpartnerinnen möglichst vermieden:

Ich äh Medikamente bin ich also ich verwende wirklich nur Medikamente wenn es notwendig ist. Ich habe zu Hause genug also diese Kräuter oder so, die den Körper regulieren, dann mache ich selber immer etwas und damit also mein Körper wieder stabil ist, also. (Bai_2, Z 444-447)

Auch eine weitere Interviewpartnerin lehnt westliche Medikamente ab: „Aber aber Chinesin sagen immer, wenn es Medizin ist äh äh es ist immer giftig.“ (Hua, Z 1425) Das angesprochene Gift weist auf die Nebenwirkungen westlicher Medikamente hin, und fast alle Interviewpartnerinnen versuchen westliche Medikamente nur in akuten Fällen einzunehmen:

...weil meine Gefühl ist alle Medikamente, die ändert eigene Körper, mehr oder weniger und ich fühle, weil das ist nicht so notwendig, lieber ich kein Medikament nehmen. (Cui, Z 607-609)

Der Gewöhnungseffekt an westliche Medikamente wird ebenfalls angesprochen: Wird sie zu oft eingenommen, dann wirke sie nicht mehr oder man müsse die Dosis stetig erhöhen um Wirkung zu erzielen:

Weil ich denk, dass man sich an die westliche Medizin gewöhnen kann und dann wirken sie nicht mehr wirklich und da ich nicht weiß wie oft ich Schmerzen habe, möchte ich im Extremfall wenn ich im Urlaub auf Reise bin, nehm ich die westliche Medizin aber wenn ich zuhause bin dann ahm nehm ich eher

Chinesische Medizin, also die sanftere Heil- also Behandlungen// (Lian_1, Z 459-463)

Westliche Medizin wird tendenziell eher bei akuten Erkrankungen oder starken Schmerzen eingesetzt, chinesische Medizin eher bei chronischen oder längerfristigen Krankheiten, die mit einer Imbalance von *yin* und *yang* zusammen hängen.

Diese Tendenzen treffen natürlich nicht auf jeden Fall zu, die subjektiven Erfahrungen mit einem bestimmten Medizinsystem und die Sozialisation beeinflussen die Einstellungen zu den jeweiligen Medizinsystemen. Dabei spielt die Vertrautheit mit einem Medikament auch eine Rolle. Fang beispielsweise meint, dass ein Pharmaprodukt aus Österreich schwächer in seiner Wirkung sei, als ein westliches Medikament, das aus China stammt:

Aha ich habe auch im beim österreichische Apotheke ein Medikament für Fieber gekauft und die Wirkung ist ziemlich schwach. Für mich es wirkt fast gar nix und dann hab ich gar keine andere Wahl, ich muss schnell zur chinesische Supermarkt und meine Medikamente, das heißt das eigentlich auch eine westliche Medikament, aber ich weiß nicht, die ist besser. (Fang, Z 577-581)

Mai, die aus der Metropole Shanghai stammt, meint: "We do not really use the Chinese medicine. ... I think it's not so popular, right now in Shanghai. But I think it's very popular in Hong Kong to use the Chinese medicine." (Mai, Z 272-279) Stattdessen nutzt sie hauptsächlich westliche Medizin: "Just maybe we heard that there is very unique or or special tradition of Chinese medicine is cure like diabetic or something, then we would try it. But usually we just take the western medicine for cold, for cough." (Mai, Z 551-553)

Fang und Cui, die beide ebenfalls aus Shanghai kommen, nutzen sowohl das westliche als auch das chinesische Medizinsystem. Dan, die aus Suzhou, einer Stadt nahe Shanghai kommt, nutzt auch beide Medizinsysteme. Xue und Lian, beide aus Nordchina, geben an, sowohl westliche als auch chinesische Medizin zu verwenden.

Bai, die aus Sindao in Südchina stammt, behandelt sich hingegen fast ausschließlich mit chinesischer Medizin selbst. Hua präferiert ebenfalls das chinesische Medizinsystem, schließt jedoch die Verwendung von westlicher Medizin nicht aus.

Eine taiwanesisches Interviewpartnerin gibt an, ausschließlich das westliche Medizinsystem zu nutzen, meint aber, dass im Süden Taiwans die Inanspruchnahme des chinesischen Medizinsystems stärker wäre:

Ähm, jetzt isses glaub ich eher so so normal Medizin, normalen Behandlungen, ähm wenn es keine andere Möglichkeit gibt, dann gehen sie [die TaiwanInnen] zu traditionellen Mediziner, aber eher Menschen, die im Süden leben, die würden jedenfalls die traditionelle Behandlung bevorzugen. (Yang, Z 306-309)

Qiao, die ebenfalls aus Taiwan kommt, nutzt jedoch beide Medizinsysteme komplementär. Sie bevorzugt zwar die Inanspruchnahme einer westlichen Ärztin bzw. eines westlichen Arztes, nimmt jedoch auch chinesische Medikamente ein und verwendet chinesische Nahrungsmittel zu medizinischen Zwecken.

11.2. Medizinpluralismus in der Frauenheilkunde

Die Tendenz der krankheitsspezifischen Nutzung von westlichem und von chinesischem Medizinsystem lässt sich auf Frauenkrankheiten oder -beschwerden umlegen: Menstruationsbeschwerden werden eher mit chinesischer Medizin behandelt und ihre Ursachen werden mit Erklärungsmodellen der traditionellen chinesischen Medizin erläutert: der Imbalance von *yin* und *yang*, der Zirkulation oder Blockade von *qi* und der Funktionskreislehre. Es sind längerfristige Beschwerden, deren Ursache behandelt werden sollte, und nicht alleine die damit verbundenen Symptome:

Ich gehen, ich war immer zu westlichen Arzt, weil das ist schnell (Pause) und ja nicht so, vielleicht manche gibt es sovov Nachteile, aber naja, nicht so stark für mich, ich bin immer, wir gehen, mein Familie auch zu westlich Arzt gegangen, außer die Fraunkrankheit, so so so wie diese, äh (Pause) diese, wie sagt man äh die Tage solche Sachen, gehen wir zu chinesisches Arzt, traditionen, chinesisches Arzt, weil wir müssen, solche Dinge muss lange Zeitdauer und machen dein Hormon und langsam lange in Ordnung, so brauchen Zeit... (Ai, Z 97-104)

Ernsthaftere oder akut auftretende gynäkologische Probleme hingegen, wie Myome und Zysten oder starke Blasenentzündungen, werden tendenziell eher mit westlicher Medizin behandelt (vgl. Kapitel 14.2.2). Starke Menstruationsschmerzen werden zusätzlich zur chinesischen Medizin oder anderen Maßnahmen mit westlichen Schmerzmitteln gelindert (vgl. Kapitel 14.1.1). Ich werde das Gesundheitsverhalten in Bezug auf die Frauenheilkunde in weiterer Folge dieser Arbeit ausführlich besprechen.

12. Selbstbehandlung in einer globalisierten Welt

Arthur Kleinman (1980: 50) vermutet, dass 70 bis 90 % aller Erkrankungen im Populärbereich behandelt werden. Selbstbehandlung innerhalb Chinas und Taiwans erfolgt dabei sowohl mittels Ernährung als auch mithilfe von westlichen und chinesischen

Heilmitteln: „Self-treatment by individuals and families with foods and Western and Chinese medicines is by far the most common treatment in Taiwan.“ (Kleinman 1980: 68)

Die Selbstbehandlung wird beeinflusst von Erfahrungen, Wissen um die Anwendung und (Neben-)Wirkungen von Medikamenten und Nahrungsmitteln sowie Zugangs- und Beschaffungsmöglichkeiten von Medikamenten. Die Entscheidung eine Erkrankung selber zu behandeln und mit welchen Heilmethoden hängt von der subjektiven Einschätzung der Ernsthaftigkeit der Erkrankung, der Einstellung der lay referral group und den strukturellen Bedingungen wie z.B. dem Gesundheitssystem ab. Die Kosten der medizinischen Versorgung sind in China sehr hoch, daher nimmt dort die Selbstbehandlung einen hohen Stellenwert ein. Individuen und Familien in China und Taiwan sehen sich selber als Entscheidungsträger und Hauptverantwortliche für die eigene Gesundheit. Da nur wenige Medikamente verschreibungspflichtig sind, sind westliche und chinesische Medikamente in Chinas Apotheken leicht erhältlich. Dadurch verfügen Individuen einerseits über mehr Autonomie und Kontrolle in der eigenen Gesundheitsversorgung (vgl. Kleinman 1980: 68), andererseits besteht die Gefahr einer falschen oder unzulänglichen Behandlung, die vor allem bei ernsthaften Erkrankungen schwerwiegende Folgen haben könnte (vgl. Unschuld 1976: 305).

Generell wird von meinen Interviewpartnerinnen ärztliche Unterstützung eher abgelehnt, und nur bei als ernsthaft wahrgenommenen Problemen in Anspruch genommen. Stattdessen wird zuerst versucht, die Erkrankung selbst zu behandeln bzw. Gleichgewicht innerhalb des Körpers herzustellen um die Wurzeln der Erkrankung zu beheben, wie sich in folgender Aussage von Bai zeigt:

...bis heute gehe ich ungerne zum Arzt muss ich ehrlich sagen, wenn ich selber zuhause also behandeln kann, so behandel ich selber, ja. (Bai_1, Z 289-290)

Erfahrung spielt dabei eine Rolle, denn wird ein körperliches Problem als bekannt registriert, kann seine Ernsthaftigkeit sowie die Behandlungsmöglichkeiten eingeschätzt werden: „Normally I know what kind of body I have and what’s problem normally äh so I I will at least know such things.“ (Dan, Z 896-897)

Sowohl die lay referral group als auch neue Medien wie das Internet spielen eine wichtige Rolle für die Selbstbehandlung im Populärsektor:

For actually for me, I usually check in Internet (lacht), to see is that very severe or very heavy, and then I will talk to my mum, to ask her so if I don’t really feel bad,

I not go to the doctor. ... Yeah, usually I just take the medicine by myself. (Mai, Z 558-561)

Selbstbehandlung kann einerseits über die Ernährung erfolgen, da bestimmten Nahrungsmitteln medizinische Funktionen zugeschrieben werden. Zum anderen greifen die Interviewpartnerinnen sowohl auf chinesische als auch auf westliche Medikamente und Heilmittel zurück, die sie entweder aus China importieren oder zugeschickt bekommen, oder die in Österreich in der Apotheke, einem chinesischen Supermarkt oder bei einer TCM-Ärztin oder einem TCM-Arzt erstanden werden. Dabei ist ein Unterschied in der Zugänglichkeit der Medikamente zu beachten: Durch die Verschreibungspflicht werden Medikamente in ihrer „Bewegungsfreiheit als allgemeines Tauschobjekt eingeschränkt“ (Whyte 2002: 35). Dieses *enclaving* ist in Österreich stärker vorhanden als in China, da hier viele Medikamente wie auch Verhütungsmittel verschreibungspflichtig sind. *Diversions* bedeutet hingegen, dass diese Kontrollen vermieden und quasi umschifft werden, indem beispielsweise verschreibungspflichtige Medikamente stattdessen aus China, wo sie leichter zugänglich sind, mitgenommen oder geschickt werden (vgl. Whyte 2002: 35f).

Mit dem Begriff *Kommoditisierung* bezeichnet Susan Whyte die starke Einbindung von Medikamenten in den Lebensalltag, diese sind „weit verbreitet, allgemein, normal und vertraut“ (2002: 36). Informationen sind leicht zugänglich und sowohl über Internet, Werbung und Literatur erhältlich. Medikamente werden mitunter in chinesischen Supermärkten verkauft und dies zeigt auch den Prozess der Kommoditisierung, also des einfachen Zugangs und damit der Einbindung in die Alltäglichkeit.

12.1. Erfahrungsschatz

Meine Interviewpartnerinnen können bei der Behandlung einer Erkrankung auf bereits erworbenes Wissen und Erfahrungen mit bestimmten Krankheiten zurückgreifen. Wissen wird einerseits durch Erfahrungen mit der Hausapotheke und speziellen Familienrezepturen, andererseits durch die Sozialisation innerhalb der Familie und der Gesellschaft generiert, also durch Gespräche mit den Eltern und Familienmitgliedern und durch das Mithören bei Konversationen über Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten, die in den Warteräumen von chinesischen ÄrztInnen in China häufig erfolgen³⁶ (vgl. Feng 2008, Ots 1999: 98).

³⁶ Der Film „Ma dai fu de zhen suo“ (Dr. Ma’s Country Clinic) von Cong Feng (2008) dokumentiert diverse Gespräche im Warteraum eines traditionellen chinesischen Arztes in Huangyangchuan.

Gespräche mit dem sozialen Umfeld fließen genauso in den Erfahrungsschatz ein wie Wissen, das über die Präsenz von Medien internalisiert wurde.

Some persons are asking other lay people (family and friends) for advice about their health problems. In return, they are receiving information about family prescription said to have been confirmed in actual experience as effective for the disorders they suffer from. Besides learning about specific family remedies, they are hearing about individual experiences with similar health problems. (Kleinman 1980: 7)

Gerade eigene Erfahrungen mit Erkrankungen und das Wissen um Behandlungen, die in der Kindheit in erster Linie von der Familie bestimmt wurden, stellen eine Ressource dar, auf die bei späteren ähnlichen Beschwerden zurückgegriffen werden kann. Bei neuen Symptomen und Problemen werden Ratschläge und Informationen vom sozialem Umfeld, ÄrztInnen oder ApothekerInnen sowie aus Medien bezogen. Besteht jedoch bereits ein Erfahrungsfundus, spielt dieser eine wesentliche Rolle in den Entscheidungsprozessen um die Art der Therapie, das Aufsuchen von ÄrztInnen oder um Selbstbehandlung und die Wahl eines Medikaments.

12.2. Informationsfluss

Medikamente sind mit Informationen, Bedeutungen und „kulturellen Werten spezialisierten Wissens verbunden“ (Whyte 2002: 43). Informationen über die Anwendung, Wirkung(en) und Nebenwirkungen von Medikamenten können auf verschiedene Weise erlangt werden: Beipackzettel in modern verpackten Medikamenten sind genauso Träger von Wissen wie ÄrztInnen, ApothekerInnen, das soziale Umfeld oder Homepages und Foren im Internet.

Wissen darüber, welche Medikamente gegen welche Beschwerden eingesetzt werden, kann über den Populär-, Volks- oder den professionellen Bereich sowie über Medien generiert werden.

12.2.1. Medien als Informationsquellen

Medien wie Bücher, Magazine, Fernsehen und das Internet werden von Individuen genutzt um Informationen über Krankheiten, Medizin, Heilmittel und Behandlungsmethoden zu erlangen. Durch Werbung geschieht dies ungewollt: man wird mit einem bestimmten Produkt konfrontiert, es wird eine Beziehung zu diesem geschaffen und Vertrautheit erzeugt. Die Wahrscheinlichkeit erhöht sich, dass ein beworbenes Produkt verglichen mit einem unbekanntem ausprobiert wird.

Fang hat sowohl das Medikament *tài tài kǒu fú yè* als auch *yuè yuè shū* in der Werbung kennen gelernt (einer der Werbespots: <http://www.youtube.com/watch?v=fvLeVSr8Ip0>). Als sie später an Menstruationsschmerzen litt, suchte sie eines der beiden Medikamente im chinesischen Supermarkt:

Und es dauert nur einige Monate, dann habe ich immer, wie sagt man, Schrecken wenn es wenn das Regel kommt und dann ich habe auch Werbung hat das gesagt, das ist besser für Schmerzen und so und dann ich hab das einmal also, nicht einmal, sondern zweimal so kaufen und probiert und das ist ziemlich gut. (Fang, Z 428-431)

Magazine und Zeitungen verbreiten ebenfalls Informationen und stellen beispielsweise Erklärungsmodelle zur Verfügung, die von den LeserInnen übernommen werden können. Folgendes Beispiel zeigt, dass Xue ein Erklärungsmodell für Kinderlosigkeit im Zusammenhang mit der unregelmäßigen Einnahme der Pille sowohl aus Erzählungen vom sozialen Umfeld, als auch aus einer Zeitung bzw. dem Internet übernommen hat:

- IP: Und wenn du äh [die Pille] beginnst zu ah beginnst zu nehmen, und stoppen, dann vielleicht für zwei oder drei Monat wieder mal beginnst zu nehmen, und wenn du drei, zwei oder drei Mal solche gemacht, dann vielleicht das ist urschlecht für äh diese Hormon, und jemandenen vielleicht kann nicht Baby haben mehr.
- I: Wirklich?
- IP: Ja. Ich habe gehört, aber ich weiß nicht, dass es wirklich, ob das es wirklich i- ist, aber ja normalerweise kann man auch im Internet oder Zeitung solche mh Test lesen. (Xue, Z 743-746)

Das Internet als vertrautes und in den Alltag eingebundenes Medium wird besonders stark als Ressource genutzt um Informationen darüber zu erhalten, mit welchen Nahrungs- oder Heilmitteln und Medikamenten Krankheiten und Beschwerden zu behandeln sind. Es wird ebenfalls von meinen Interviewpartnerinnen genutzt um ÄrztInnen zu finden.

Meist werden im Internet punktuell gewisse Informationen gesucht, in einzelnen Fällen jedoch auch Recherchen³⁷ über ein bestimmtes Thema angestellt. Ai, Hua, Lian und Fang geben an Informationen über Behandlungsmethoden oder bestimmte Heilmittel aus dem Internet zu erlangen. Vier Interviewpartnerinnen verwendeten das Internet um ÄrztInnen zu suchen, wie folgendes Zitat exemplarisch zeigt: „I don't have the family doctor, just go to, I just google it whether there is a doctor near my house.” (Mai, Z 332-333)

Rezepte für Speisen, die Menstruationsbeschwerden lindern sollen, werden ebenfalls im Internet gesucht z.B. von Hua und Xue. Das Internet reflektiert die Veränderungsprozesse

³⁷ Ich hatte die Möglichkeit eine drei-stündige Internetrecherche von Hua mitzuverfolgen.

innerhalb der Gesellschaft, so sind neben traditionellen Rezepten auch Rezepte auffindbar, die an globalisierte Lebensbedingungen adaptiert sind, so soll z.B. eine Kombination aus Ingwer und Cola gegen Menstruationsbeschwerden helfen.

Qiao recherchierte beim Auftreten anfangs unbekannter Beschwerden (die sich im weiteren Verlauf als Blasenentzündung herausstellte) im Internet und richtete ihre Selbstbehandlung darauf aus:

Ähm ich habe ich habe im Internet gesucht und habe nur viel, ich habe gesehn muss viel Wasser trinken und oder sauer, also sauer trinken, zum Beispiel Joghurt oder oder ja, oder Früchtetee, solche Dinge trinken und nach ein ein ein Tag, zwei Tag hab bin ich schon also besser, also normal. (Qiao, Z 351-354)

Keine meiner Interviewpartnerinnen hat schon mal Medikamente oder Präparate über das Internet bestellt, dieses wird also hauptsächlich als Ressource zur Informationsgewinnung genutzt.

12.2.2. Lay referral group

Frauen sind jene, die „zur Aufrechterhaltung des Laiengesundheitssystems“ (Scheibler/Schmitt 1997: 257) beitragen. Sie sind „negotiators of health“, denn sie vermitteln der Familie Wissen und "Einstellungen und Verhaltensweisen zur Gesunderhaltung und zum Umgang mit Krankheit" (Scheibler/Schmitt 1997: 258). Charlotte Furth und Shu-Yueh Ch'en (1992: 29) beschreiben dies für China folgendermaßen: „Younger women users rely on their mothers to buy the proper herbs for them or on patent medicine versions of standard formulars.“

Daher spielt die Mutter und in manchen Fällen die Großmutter eine wesentliche Rolle in der Weitergabe von medizinischem Wissen, von Erfahrungen und Ratschlägen in Bezug auf Behandlungsmöglichkeit. Die Mutter gibt nicht nur direkt Medikamente weiter, sie kocht auch im Falle einer Erkrankung für die Familie. So lernen Frauen, welche Nahrungsmittel und Speisen bei bestimmten Erkrankungen und Beschwerden wirksam sind (vgl. Kapitel 4.2.3). Das Wissen der Mütter wird von den meisten Interviewpartnerinnen als Ressource genutzt. Folgende zwei Zitate verdeutlichen dies:

Meine Mutter hat mir also vorgeschlagen und dann und hat mir gesagt wo kann ich die Med- Medikamente kriegen oder eigentlich wenn man Medikament kaufen, dann normalerweise von Apotheke oder so, und ich war einmal dorthin gegangen, und gefragt ob die diese Medikament gibt und dann ja, die Verkäuferinnen hat mir gegeben. (Fang, Z 539-543)

Ah, wir essen zuhause ein ein, meine Mutter wir kochen mit ein also Eier, Eier mit Ingwer und es gibt ein spezielles Öl, diese Öl [Sesamöl] ist gut für Frauen und meine Mutter wenn ich immer weh get- weh getan kocht mein Mutter das für mich. (Qiao, Z 206-209)

In einem Fall ist es auch die Großmutter, die ihrer Enkelin eine chinesische Medizin gegen Menstruationsbeschwerden besorgt.

Darüber hinaus spielt auch das soziale Umfeld – also Familie, FreundInnen, KollegInnen, manchmal auch der Partner, ÄrztInnen sowie ApothekerInnen aus China und Österreich – eine Rolle beim Bezug von Informationen und Empfehlungen. Der Informationsfluss läuft über Beziehungen und damit einhergehend über Vertrauen. Durch Referenzen und positive Erfahrungswerte Anderer wird die Wahrscheinlichkeit der Verwendung eines Medikamentes oder Heilmittels bzw. der Anwendung einer Behandlung erhöht.

...ich hatte vielleicht ein paar Mal ähm Blasenentzündung, und da bin ich auch nicht zur Ärztin gegangen, da hab ich eine Freundin gefragt, ihre Mutter war in Apothekerin, und sie hat gesagt, was ich dagegen tun kann. (Lian_2, Z 607-609)

Vor allem Informationen über Behandlungsmöglichkeiten sind sehr wichtig, wie Hua anmerkt:

Ja aber manchmal mit mein Freund auch äh wir sprechen darüber, nicht so viel, nur mit Freundin. ... Weil wir wech- äh wir, weil ich brauche noch viele Information so gegen Schmerzen (lacht). (Hua, Z 767-770)

Die lay referral group (vgl. Kapitel 3.2.3) ist nicht nur Informationsressource und wesentlich am health-seeking process beteiligt, sondern dient mitunter auch als Beschaffungsmöglichkeit für diverse Heilmittel.

12.3. Organisation und Beschaffung von Medikamenten

Die Beschaffung von Medikamenten und Heilmitteln kann einerseits direkt über den selbständigen Erwerb eines Produkts laufen oder über soziale Netzwerke, indem Medikamente weitergegeben bzw. geschickt werden, was ich im Folgenden erläutern werde.

12.3.1. Vertriebsorte von Medizin

Medikamente werden von meinen Interviewpartnerinnen sowohl in China als auch in Österreich gekauft. In Österreich werden westliche Medikamente und Heilmittel in Apotheken besorgt oder manchmal von ÄrztInnen mitgegeben. Chinesische Medikamente können in chinesischen Supermärkten oder bei TCM-ÄrztInnen in Österreich erworben werden.

In China sind Medikamente sowohl in Apotheken, bei ÄrztInnen als auch in Supermärkten, auf dem Markt oder in diversen Läden erhältlich – diese können dann von China nach Österreich mitgenommen werden.

12.3.2. Importierte Medikamente aus China

Susan Whyte (2002: 31) bezeichnet Medikamente als Waren, die die Globalisierung und die weltweiten Vernetzungen widerspiegeln. Medikamente sind wie jede andere Ware beweglich und bewegbar, sie können vom einen Teil der Welt in einen anderen mitgenommen oder geschickt werden.

Alle Interviewpartnerinnen geben an, Medikamente und Heilmittel von China nach Österreich mitgebracht zu haben. Es handelt sich um eine einfache Methode, um vertraute und bekannte Medikamente oder Heilmittel, auch in einem anderen Land zu verwenden. Ein Grund für die Mitnahme oder den Versand von Medikamenten aus China ist die Erfahrung und Vertrautheit mit bestimmten Medikamenten:

Und diese [Medikamente] bekommt man teilweise auch ohne Rezept in der Apotheke, also wenn man genau weiß man hat sie schon mal verwendet oder man ist ... diese Medizin gewohnt, dann kann man sie immer kaufen... (Lian_1, Z 390-392)

Umgekehrt ist es so, dass oft noch kein Erfahrungszusammenhang mit und Wissen über westliche Medikamente aus Österreich besteht:

I: ... Hm, und aus Taiwan verwendest du Medikamente?

IP: Ähm, früher ja, ähm weil ich mich einfach in Österreich nicht auskenne, ich weiß nicht welche Medikamente ich nehmen soll und zum Beispiel so, es gibt so ein Pendant für Aspirin von Taiwan, das würde ich zum Beispiel mitnehmen, wenn ich verkühlt bin, aber jetzt nicht mehr. Also jetzt orientier ich mich wirklich danach, wie Österreicher leben und so weiter. (Yang, Z 381-387)

Speziell das Wissen um den Zugang zu chinesischen Medikamenten ist in Österreich nur begrenzt vorhanden: Einige Medikamente sind in chinesischen Supermärkten erhältlich, andere können bei TCM-ÄrztInnen oder gewissen Apotheken in Österreich, die chinesische Medizin führen³⁸, gekauft werden. Nachdem aber die Inanspruchnahme von TCM-ÄrztInnen in Österreich von meinen Interviewpartnerinnen (mit einer Ausnahme) nicht praktiziert wird (vgl. Kapitel 13.1) und das Wissen um diese Apotheken fehlt, erschwert sich die Möglichkeit an chinesische Medikamente heranzukommen.

Eine gute Alternative ist es also, auf der durchschnittlich einmal jährlich erfolgenden Reise nach China, die Medikamente dort zu kaufen – sei es im Supermarkt, bei einer TCM-Ärztin oder einem TCM-Arzt oder in der Apotheke – und nach Österreich mitzunehmen.

Cui führt chinesische Medikamente aus China mit, da sie einerseits defizitäre Informationen über deren Beschaffungsmöglichkeiten in Österreich hat, andererseits der Lagerung der chinesischen Supermärkte in Österreich nicht vertraut:

Mh, zum Beispiel mein für chinesische traditionelles Medikamente, das in Österreich kann man nicht kaufen, weil hier gibt's keine chinesische Apotheke und die zweite, in chinesische Supermarkt gibt es auch chinesische Medikamente, aber die äh Ablaufszeit, Datum, das ist immer große Problem. (Cui, Z 220-223)

Bai führt ebenfalls chinesische Medizin nach Österreich ein, denn sie verwendet fast ausschließlich chinesische Medizin, westliche Medizin setzt sie nur in Notfällen ein. Sie befürchtet jedoch Kontrollen am Flughafen, deswegen beschränkt sie die mitgebrachte Menge:

Äh (lacht) mit der, mit den also chinesischen Kräutern, die man oft verwendet, man kriegt hier [in Österreich] natürlich nicht sehr viel ja, man darf auch nicht von China viel mitnehmen, weil in also in Flughafen kontrollieren sie ja. Ja, wenn man zuviel nimmt, dann also werden sie beschlagnahmt, gö. (Bai_1, Z 314-317)

Lian ist die einzige, die einen TCM-Arzt in Österreich konsultiert. Daher bezieht sie ihre chinesischen Medikamente sowohl von diesem Arzt als aus China selber:

Ähm, die bekommt man, entweder wenn man nach China fährt und von dort was kauft, die nimmt man dann mit, oder äh hier zu kaufen is sehr teuer, aba is auch eine Möglichkeit, wenn man nicht nach China fahren kann, dann kann man sie hier kaufen, eben bei dem Arzt, er hat fast alles. (Lian_2, Z 726-729)

Lian lässt sich hingegen keine Medizin per Post schicken, da sie vermutet, dass die Medikamente nicht durch die Kontrollen durchgelassen werden bzw. Zoll zu zahlen ist, so

³⁸ Zum Beispiel der Schubert-Apotheke: <http://www.schubertapotheke.at/TCgi/TCgi.cgi?target=home> [19.4.2010]

dass die Versandkosten erheblich höher wären, als wenn das Medikament in Österreich gekauft werden würde: „Deshalb ist es sicherer, wenn man wenn man sie einfach mitnimmt, wenn man auf Reise ist, weil da kontrolliert man auch nicht wirklich.“ (Lian_2, Z 753-754)

Eine weitere Option besteht darin, sich Medikamente von FreundInnen aus China mitnehmen oder aber schicken zu lassen. Es zeigt sich, dass Medikamente sehr schnell den/die BesitzerIn wechseln und ihre Beweglichkeit sie zu einer globalen Ware macht.

12.3.3. Soziale Netzwerke für Medikamentenbeschaffung

Der Medikamententransfer kann in soziale Netzwerke und Beziehungen eingebettet sein, das betrifft sowohl die persönliche Weitergabe sowie das Versenden von Medikamenten.

Ai beispielsweise hat sich in Österreich noch nie selber Medikamente gekauft: „Ja, Medikamente habe ich so, ich habe noch nicht in Österreich gekauft, solche Sachen.“ (Ai, Z 141-142) Als Grund nennt sie ihre ablehnende Haltung gegenüber westlichen Medikamenten. Dennoch benötigt sie diese immer wieder z.B. gegen starke Menstruationsbeschwerden. Sie erhält diese dann von ihrem österreichischen Ehemann, ihrer Schwiegermutter, die als Pflegehelferin arbeitet, oder von Freundinnen.

Auch Qiao hat im Fall ihrer Blasenentzündung von ihrem Partner ein Medikament bekommen, sie selber hat jedoch keine Ärztin bzw. keinen Arzt aufgesucht. Sie wusste auch nicht über die Art der Erkrankung Bescheid, da diese zum ersten Mal in Österreich auftrat. Auch sie kauft niemals selber Medikamente in Österreich, sondern organisiert sie sich von Bekannten oder Freundinnen:

Ich kaufe, nein ich kaufe gar nicht. Ich esse immer entweder nicht wie jetzt oder esse ich bei andere Leute, zum Beispiel mein Mitbewohnerin hat mir ein Pille gegeben und habe genommen. Nur so. (Qiao, Z 480-482)

Lian verwendet fast nur chinesische Medikamente. Wenn ihr diese ausgehen, und sie unter Menstruationsschmerzen leidet, dann besorgt sie sich die Medikamente von Freundinnen.

Nicht alle der Interviewpartnerinnen nutzen soziale Netzwerke um sich Medizin zu organisieren. Fang verwendet in Österreich kaum Medikamente, benötigt sie dennoch welche, besorgt sie sich diese selbständig. Dan würde sich niemals über FreundInnen Medikamente besorgen: „Never ask friends to give medicine. No I always go to doctor, and buy from the apothek.“ (Dan, Z 879-880)

Sie ist darum bemüht, Eigenständigkeit auch im Bereich der medizinischen Therapie zu behalten: „That’s my problem, I manage that. Oh no, I ask somebody to help me like that. No it’s just only let them worry about you. No more help.“ (Dan, Z 883-884)

Medikamente sind also mit Bedeutungen und Informationen z.B. über ihre Verwendung und Wirkung(en) verbunden (vgl. Whyte 2002: 31). Daher werden soziale Netzwerke in Österreich auch genutzt, um Informationen oder Ratschläge über Medikamente zu erhalten (vgl. Kapitel 12.2.2).

12.4. Ernährung

Die Ernährung spielt in der chinesischen Medizin eine sehr wichtige Rolle. Nahrungsmittel fallen in den Bereich der Prävention und Selbstbehandlung. Ihnen werden von allen Interviewpartnerinnen (mit einer Ausnahme) medizinische Funktionen zugeschrieben. Eine Bezeichnung, die dafür von einer Interviewpartnerin verwendet wurde, ist jene der *Pflege*. Nahrungsmittel und chinesische Medizin stehen dabei in enger Beziehung und oft ist es nicht einfach hier eine Abgrenzung zu ziehen, denn manche Nahrungsmittel werden genauso in Rezepturen für chinesische Medizin als auch in der täglichen Ernährung verwendet.

Ernährung ist eine einfache, beliebte und vor allem vielfältige Möglichkeit Beschwerden zu behandeln oder ihnen vorzubeugen. Dabei kann die Ernährung neben und zusätzlich zu medizinischer Behandlung oder statt dieser eingesetzt werden. Folgende Aussage zeigt die Vorzüge der Ernährung als Behandlungsmethode auf:

...meine Gefühl ist alle Medikamente, die ändert eigene Körper, mehr oder weniger und ich fühle, weil das ist nicht so notwendig, lieber ich kein Medikament nehmen. Ja, ich lieber Ernährung etwas machen, aber nicht Medizin etwas machen. (Cui, Z 607-610)

Ob Nahrungsmittel und Speisen nun als alleinige Behandlungsmethode eingesetzt werden oder zusätzlich zur Einnahme von anderen Heilmitteln, hängt von der individuellen Bewertung der Ernsthaftigkeit der Erkrankung, der Intensität der Beschwerden, der Einstellung zu Medikamenten und der lay referral group ab.

Der Vorteil von Nahrungsmitteln ist jedenfalls, dass sie leicht zugänglich (Supermarkt, Markt) und relativ kostengünstig sind. Ein Umweg über eine Ärztin oder einen Arzt ist nicht nötig. Nahrungsmittel werden meist in Form von Speisen zu sich genommen, das bedeutet, dass der einzige Aufwand in Form der Beschaffung und Zubereitung besteht. Das alles macht die Ernährung zu einer beliebten präventiven Methode und Behandlungsmöglichkeit.

Erklärungskonzepte der traditionellen chinesischen Medizin, wie das Konzept der Harmonie (vgl. Kapitel 4.2.1) und Vorstellungen über *qi* (vgl. Kapitel 4.2.2) spielen hier eine wesentliche Rolle: Ein gewisses Maß an *qi* ist bereits von Geburt an im Körper vorhanden, über die Ernährung wird *qi* kontinuierlich aufgebaut (vgl. Ots 1999: 59). Eine Ärztin der traditionellen chinesischen Medizin beschreibt das als „Energie tanken“:

Das ist, die Chinesen sagen, der Mensch hat eine angeborene Energiequelle, das ist das so genannte Nieren Qi und dann später erworbene Energie-Quelle, das ist die Milz, ja, die Milz-System. Die Milz-System ist gesamt Verdauungssystem, das heißt angeboren, das ist eine gute Konstitution von geboren und genetisch gut und Hormon und alles super, aber diese, diese System muss ständig von später erworbene Energie zuführen, ergänzen. ... aber wenn keine Energiezufuhr, die egal welche angeborene stark Gen, und die wird auch nicht gut, diese erworbene Energiequelle, dann wieder Tankstelle, ständig tanken, wir essen jeden Tag, deswegen die ganz ganz wichtig. (Dr. Gao, Z 122-129)

Sie vergleicht Energiezufuhr mittels Nahrung mit einem Auto, das einen bestimmten Treibstoff zum Fahren benötigt. Das bedeutet, jeder Mensch muss eine Ernährung praktizieren, die der eigenen Konstitution entspricht:

Ja, natürlich, ahm, das jeder Mensch ist unterschiedlich aufgebaut, ja wie ein Auto, seit Auto ah hergestellt, dann ist fest// ah, schon fertig, ist Diesel-Auto oder Benzin-Auto. Das heißt Diesel-Auto muss mit Diesel tanken, Benzin-Auto dann braucht Benzin, da kann man nicht verkehrt tanken, sonst führt Motorschaden, das ist bei Mensch ist auch so. Der Mensch muss wissen welche Motor ist Eigenmotor, welche Essen muss anpassen. Wenn falsche Essen, dann schadet dem Motor... (Dr. Gao, Z 96-100)

Lian spricht ebenfalls die Individualität der Körperkonstitution an. Sie verwendet dabei das Konzept der Balance von *yin* und *yang*: Wenn im Körper Mangel oder Überfluss herrscht, muss dieser wieder ausgeglichen werden um Gesundheit und Wohlbefinden herzustellen. In der traditionellen chinesischen Medizin wird Krankheit als Imbalance zwischen *yin* und *yang* gesehen, und erst durch ein Wiederherstellen des Gleichgewichts kann Gesundung geschehen:

So jeder Mensch ... braucht halt andere Sachen, aber wenn du zu diesem Arzt gehst, er kann dir auch genau sagen, was deinem Körper fehlt und wie du das dann auch ähm durch Nahrung ah also den Zustand bisschen verbessern kannst. (Lian_2, Z 305-309)

Vorstellungen über Hitze und Kälte im Körper, die mit *yang* und *yin* korrespondieren, sind ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil des konzeptuellen Verständnisses über die Wirkweise von Nahrungsmitteln:

And if you eat something hot or cold or whatever will directly infects on this and äh yes so we should care in everyday life (lacht). It's a every girls got this lessons, seems the make, the parents will tell you ... it's daily life, the daily knowledge something like that. Äh Chinese medicine will also give you more suggestion on the daily diets. (Dan, Z 658-664)

Manche Nahrungsmittel können ganz klar als Heilmittel bestimmten Beschwerden zugeordnet werden. Jedoch besteht häufig nicht eine genaue Definition dafür, welche Funktionen oder Wirkungen bestimmte Lebensmittel auf welchen Körperbereich haben. Von manch einer Interviewpartnerin wurde mir einfach mitgeteilt: „es ist gut für die Frau“. Cui bestätigt das:

...in unsrer Kultur Essen die sind ungenaurig, wir erzählen alles meistens so ungenaurig, also die sagt so: Ah, das ist für dich gut, aber wie gut weiß man nicht, aber sagt man immer, zum Beispiel manche Sachen sind für Augen sehr gut... (Cui, Z 819-823)

Bestimmten Nahrungsmitteln werden nun medizinische Funktionen zugeschrieben. Sie wirken regulierend und ausgleichend, und sind deswegen als Antwort auf Imbalance im Körper optimal geeignet. Eine Interviewpartnerin meint jedoch, dass Nahrungsmittel nur die aktuellen Beschwerden lindern oder bekämpfen, jedoch keine dauerhafte Heilung erzielen. Wenn ein Problem an der Wurzel bekämpft werden soll, dann wäre chinesische Medizin besser geeignet.

13. Zugang zu ÄrztInnen

Im Bereich der Frauenheilkunde bestehen mehrere Möglichkeiten des Zugangs zu ÄrztInnen³⁹: ÄrztInnen, die traditionelle chinesische oder westliche Medizin praktizieren, die jeweils in Österreich oder China (z.B. bei Urlaub) von den Interviewpartnerinnen aufgesucht werden.

Das österreichische (also westlich geprägte) Gesundheitssystem⁴⁰ bietet hier folgende Möglichkeiten: Die (Notfall-)Ambulanz eines Krankenhauses als niederschwellige Anlaufstelle, HausärztInnen sowie die gynäkologische fachärztliche Praxis. Die traditionelle chinesische Medizin ist in Österreich als professioneller Sektor etabliert, für die offizielle Ausübung der traditionellen chinesischen Medizin müssen ÄrztInnen jedoch den Abschluss

³⁹ Ich bespreche nur die von meinen Interviewpartnerinnen genannten Möglichkeiten..

⁴⁰ „Access to Western medical care is also available throughout the mainstream health care system and in Chinese communities where ethnic-Chinese physicians practice conventional medicine.“ (Wade/Chao/Kronenberg 2007: 264)

eines Medizinstudiums nachweisen (vgl. Springer 2004: 51). Zusätzlich praktizieren TCM-ÄrztInnen vermutlich auch inoffiziell in Österreich. In China sind sowohl das traditionelle chinesische als auch das westliche Medizinsystem für Fragen der Frauenheilkunde zugänglich.

Das Aufsuchen von ÄrztInnen scheint in China keine beliebte Praxis zu sein. Die meisten der Interviewpartnerinnen geben an, ÄrztInnen ungern und nur bei ernsthafteren Beschwerden zu konsultieren und generalisieren diese Aussage wie folgt: „Ich gehe generell überhaupt nicht zum Arzt“ (Yang, Z 434) Folgende Zitate verdeutlichen dies:

...weil ich muss auch ehrlich sagen, in China wir besuchen Arzt nicht so oft wie in Österreich, weil Österreich ich habe schon gesehen (lachend), dass wenn wenn die äh zum Beispiel Zahnschmerzen sofort gehen zu Arzt, aber in China außer dass Krankheit sehr stark man geht nicht zuerst zu Arzt sondern man nimmt erst Medikament und wenn man Fieber haben man nimmt Medikament, wartet eine Wochen, zwei Wochen, wenn noch nicht gut und dann gehen zu Arzt. So ist bei uns. (Ai, Z 258-265)

Naja, also wenn sie [die Chinesinnen], ich glaube sie gehen meisten wenn sie wirklich also Schmerzen haben oder ein unangenehmes Gefühl haben, dann gehen sie zum Arzt, das schon ja. (Bai_2, Z 375-377)

Ein Grund für diese Ablehnung liegt vermutlich im Gesundheits- und Versicherungssystem Chinas. Dort sind die Kosten für einen Ärztin- bzw. Arztbesuch relativ hoch und werden kaum von den Versicherungen gedeckt (vgl. Green 2006: 1505). Daher wird meistens zuerst versucht eine Erkrankung selbst innerhalb des Populärsektors zu behandeln. Erst bei ernsthafteren oder länger andauernden Problemen wird eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht. Bernard W. K. Lau meint, dass die wahrgenommene Ernsthaftigkeit von Symptomen eine wesentliche Rolle bei der Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes spielt. Jedoch reicht diese alleine manchmal nicht aus, sondern es benötigt Impulse wie Ängste bezüglich der Erkrankung oder sozialen Druck von Seiten der Familie oder FreundInnen (vgl. Lau 1996: 110). Das chinesische Gesundheitssystem hat unter Umständen einen Einfluss auf die ablehnende Haltung gegenüber eines Ärztin- oder Arztbesuches. In Österreich wird diese Einstellung beibehalten (vgl. Kapitel 13.2).

Vorsorgeuntersuchungen und notwendige Untersuchungen werden von den Interviewpartnerinnen oft vernachlässigt wie folgende Aussage beispielsweise zeigt: „ich äh ich bin überhaupt schlampig zu meiner Gesundheit“ (Bai_1, Z 286-287) Der Grund liegt in einer ablehnenden Einstellung gegenüber und einem problemorientierten Zugang zur Konsultation von ÄrztInnen.

Ich bespreche im Folgenden den Zugang von PatientInnen zu ÄrztInnen, die traditionelle chinesische Medizin praktizieren, dem Zugang zum gynäkologischen Sektor, weiteren Barrieren und die Gründe einer Ärztin- oder Arztkonsultation.

13.1. TCM-ÄrztInnen

Traditionelle chinesische Medizin ist zum Bestandteil des CAM-Sektors (Complementary and Alternative Medicine) in Europa bzw. Österreich geworden. Jedoch ist die Ausübung des Berufes einer TCM-Ärztin oder eines TCM-Arzt innerhalb Europas gewissen Gesetzen unterworfen (vgl. Springer 2004: 51). Obwohl es österreichische TCM-ÄrztInnen gibt, wird von meinen Interviewpartnerinnen die chinesische Herkunft der TCM-Ärztin bzw. des TCM-Arztes vorausgesetzt.

Es besteht also die Möglichkeit, TCM-ÄrztInnen in Österreich zu konsultieren, jedoch nimmt nur eine einzige Interviewpartnerin diese Option in Anspruch. Der Grund dafür liegt vor allem im Vertrauen welches gegenüber der Ärztin bzw. dem Arzt vorhanden sein muss: Lian meint, dass ihr aus China stammender TCM-Arzt mit ihrer Familie befreundet ist und aufgrund dessen Vertrauen in seine ärztlichen Fähigkeiten besteht. Mais Cousine konsultierte ebenfalls einen TCM-Arzt in Linz. Auch zu diesem Arzt besteht eine Vertrauensbasis, da Mais Onkel bereits Kontakte aufgebaut hatte:

Oh, she; I think, right, well, it's it's not so many Chinese people here and it is very few Chinese doctor here, so probably not, and I think he and his wife has a relation with my, with my uncle. (Mai, Z 467-469)

In China gestaltet sich der Zugang zu TCM-ÄrztInnen zum einen über Krankenhäuser, zum anderen über kleine Praxen. TCM-ÄrztInnen, die in Chinas Krankenhäusern praktizieren, werden von meinen Interviewpartnerinnen als vertrauenswürdiger beschrieben, da TCM-ÄrztInnen, die selbständig in eigenen Praxen praktizieren manchmal kein Zertifikat vorweisen können, da sie sich ihr Wissen durch Praxis und das Studium von Medizinbüchern erworben haben. Aufgrund dessen äußern auch zwei Interviewpartnerinnen ihre Zweifel an den TCM-ÄrztInnen in Österreich:

In Österreich ich gehe nur in die ähm westliche Arzt, weil die tradit- traditionelle Arzt in Österreich ich habe noch nie einmal gekannt, das wirklich gut ist und wenn traditionelle chinesische Arzt das ist muss man gut aufpassen, weil gibt es so verschiedene Arzt, manche Ärzte sind nicht wirklich wissenschaftlich Arzt, sondern die, bei uns äh Medizinsystem ist nicht so, nicht so wie westliche Med- äh System so ordentlich gemacht und unser System manchmal ist ein bisschen

unklar, weil man also wir können nicht selbst äh bemerken ob diese Arzt wirklich ein guter traditoneller chinesischer Arzt sind oder das ist nur einfach er sagt, ich bin ein Arzt. Das das wär gefährlich. (Cui, Z 647-655)

...die chinesischen Ärzte, die ahm .. bei dem ich auch war, das sind Ärzte also, die das von einem Meister meistens gelernt haben oder so oder eben durch eigene Erfahrungen, was selbst da gelernt haben, also Theorie gibts da schon aber, meistens lernt da viel mehr in der Praxis und sie haben jetzt nicht wie solch ich jetzt sagen eine Annerkennung, es ist jetzt wissenschaftlich belegt, dass es so ist, aber im Krankenhaus meistens schon... (Lian_1, Z 796-801)

Sehr wichtig sind Referenzen von anderen Personen, d.h. der lay referall group, oder eine persönliche Verbindung zu einer TCM-Ärztin bzw. einem TCM-Arzt, wie er bei Lian besteht. Ansonsten ist das Vertrauen in die ärztlichen Kompetenzen gering, und es wird auf die andere bekannte Option, auf westliche ÄrztInnen, zurückgegriffen. Gerade bei ernsten oder akuten Erkrankungen wird der Weg zu westlichen ÄrztInnen als sinnvoll erachtet. Natürlich muss hierbei beachtet werden, dass die Interviewpartnerinnen alle Studentinnen sind, die relativ gut deutsch sprechen konnten, und damit Sprach- und Kommunikationsbarrieren weitgehend wegfallen. Dadurch wird der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem und zu westlichen ÄrztInnen in Österreich erleichtert. Umgekehrt fällt die Sprachdifferenz durch die Konsultation chinesischer (TCM-)ÄrztInnen weg.

Wenn ein chronisches Problem wahrgenommen wird, besteht auch die Möglichkeit, bei einem Besuch in China⁴¹ TCM-ÄrztInnen aufzusuchen. Sechs der Interviewpartnerinnen berichten von der Konsultation bei TCM-ÄrztInnen während eines Besuchs in China. Lian beispielsweise konsultierte sowohl im Alter von 17 als auch von 21 Jahren wegen Menstruationsbeschwerden in China einen TCM-Arzt. Auch Hua, Xue und eine Freundin von Dan haben bei diversen Problemen die Reise nach China für einen Ärztin- oder Arztbesuch genutzt.

Oft muss nach der Diagnose der TCM-Ärztin bzw. des TCM-Arztes Medizin aus China nach Österreich mitgenommen werden. Die Behandlung ist somit unter Umständen nicht dauerhaft möglich, da die Medizin mit der Zeit aufgebraucht wird. Chinesische Medikamente in moderner Verpackung sind dabei weniger problematisch als chinesische Rezepturen, bei denen Kräuter zuhause gekocht werden. Diese müssten über mehrere Monate hinweg eingenommen werden, um ihre volle Wirkung zu entfalten, aber dadurch, dass aber da der erforderliche Vorrat nicht importiert wird, wird die Behandlung meist bereits nach ein paar

⁴¹ Der Besuch im Heimatland erfolgt bei fast allen Interviewpartnerinnen einmal jährlich.

Monaten beendet. Dies wird zum Beispiel von Ai als Grund dafür angesehen, warum sich die Beschwerden nur gebessert haben, aber nicht vollständig verschwunden sind:

Nur zu der Zeit damals besser, weil ich habe gar nicht mein chinesisches
Medikamente sondern muss bis Ende wirklich streng machen und dann das
geht, geht weg, geht weg, wenn man bis Mitte gemacht und dann aufgehört und
das eigentlich bringt nicht so viel. (Ai, Z 240-243)

Ein Nachteil bei der Konsultation von ÄrztInnen in China ist ebenfalls, dass mit der Ärztin bzw. dem Arzt nicht Rücksprache gehalten werden kann z.B. über die Reaktionen auf verschriebene Medikamente. Dies wäre wichtig im Zusammenhang mit einer Umstellung der Behandlung:

Und äh ich habe auch einen Nachteil, weil wenn du, wenn ich in China bleibe,
dann ich kann sagen Arzt was ich fühle, nach dem ersten Tag äh diese Medizin
trinke, dann fühle ich ganz heiß, ja, ganz warm, und das soll ich Arzt sagen, dann
der Arzt wird äh deine Medizin vielleicht äh anders geben, ja. Aber hier ich kann
nicht sagen, ich habe nur vielleicht es passt, passt mir nicht oder (lacht). (Hua, Z
401-405)

Nachdem der Besuch von TCM-ÄrztInnen fast ausschließlich innerhalb Chinas erfolgt, wird die Gynäkologie in Österreich eine wesentliche Anlaufstelle für Probleme und Fragen innerhalb der Frauenheilkunde.

13.2. Gynäkologie

Die Gynäkologie ist ein wichtiger Bereich, wenn wir uns mit der Komplementärnutzung verschiedener Medizinsysteme im Bereich der Frauenheilkunde beschäftigen; da GynäkologInnen die ärztlichen HauptansprechpartnerInnen für gynäkologische Probleme im österreichischen Gesundheitssystem darstellen. Innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems besteht die Möglichkeit bei gynäkologischen Problemen ärztliche Behandlung durch HausärztInnen, gynäkologischen FachärztInnen oder aber in der Ambulanz eines Krankenhauses durch führen zu lassen. Daher werde ich den Zugang zu GynäkologInnen, Barrieren und die problemorientierte Herangehensweise an die Gynäkologie besprechen.

Abbildung 1 zeigt die Häufigkeit der Konsultation einer Gynäkologin bzw. eines Gynäkologen. Beinahe die Hälfte der insgesamt elf Interviewpartnerinnen hat noch nie eine Gynäkologin bzw. einen Gynäkologen konsultiert, drei besuchen gelegentlich und drei regelmäßig die gynäkologische Praxis.

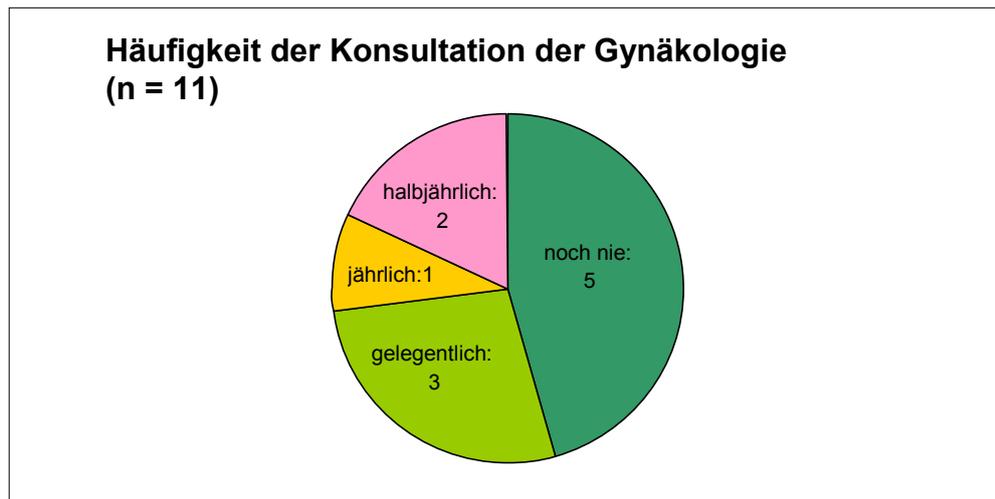


Abbildung 1: Häufigkeit der Konsultation der Gynäkologie

Frau-Sein, Sexualität und Gynäkologie

Die Notwendigkeit überhaupt eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufzusuchen, wird von allen Interviewpartnerinnen erst mit dem Übergang vom Kind zur Frau bzw. dem Frau-Sein gesehen. Die Selbstwahrnehmung als Frau kann dann mit dem Wahrnehmen körperlicher Probleme als „Frauenprobleme“ verknüpft sein. Diese Wahrnehmung ist auch ein wesentlicher Grund für den Zugang zur Gynäkologie. Die „weibliche Identität“ und Sexualität sind also in enger Verbindung mit der Gynäkologie zu sehen (vgl. Hofmann 1999: 179). Frau-Sein wird von den Interviewpartnerinnen entweder durch die erste Regelblutung definiert (quasi als Initiation in die Welt der Frauen) oder aber durch Geschlechtsverkehr. Zusätzlich wird Schwangerschaft - als Bestandteil der Sexualität - als ein Grund angegeben die Gynäkologin bzw. den Gynäkologen aufzusuchen.

Die Verknüpfung von Sexualität und Gynäkologie besteht darin, dass Geschlechtsverkehr als möglicher Auslöser für Erkrankungen angesehen wird und wenn Beschwerden auftauchen, die Gynäkologin bzw. der Gynäkologe unter Umständen aufgesucht wird. Das hängt einerseits mit dem Erklärungsmodell zusammen, dass Sex unter Umständen Krankheiten auslösen könnte (vgl. Kapitel 15) aber auch mit der Verbindung zwischen Frau-Sein und Sexualität. Jungfräulichkeit hingegen wird oft als Grund angesehen, den Besuch einer gynäkologischen Praxis zu verweigern. Cui beispielsweise würde eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen nicht vor dem ersten Geschlechtsverkehr aufsuchen, um das Jungfernhäutchen intakt zu halten. Sie erklärt das mit der Kultur und auch mit den Gepflogenheiten in ihrer Familie:

...nur sogar in unsrer Kultur zum Beispiel in mein Familie sagt man, bevor eine Frau verheiratet, soll man kein, soll man kein Frauarzt besuchen, damit Haut nicht macht kaputt machen // das ist etwas mit Kultur zu tun. (Cui, Z 271-274)

Nach dem ersten Geschlechtsverkehr, der für Cui mit der Ehe in Verbindung gebracht wird, kann hingegen eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe aufgesucht werden.

Lians Aussage weist daraufhin, dass die Eltern den Besuch bei einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen mit der Sexualität oder dem Geschlechtsverkehr ihrer Tochter in Verbindung bringen – und dieser ist in manchen Familien erst innerhalb der Ehe erwünscht:

...deshalb gehen ja auch nicht viele Chinesinnen zu Frauenärztinnen weil sie wissen, dass ihre Eltern was wissen können, und ja, sie meinen es ist erst richtig wenn man verheiratet ist. (Lian_1, Z 713-715)

Ein Besuch bei einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen könnte in weiterer Folge zu verstärkter Kontrolle führen, um sexuelle Kontakte der Tochter möglichst zu vermeiden.

Ai verbindet das Gefühl des Frau-Seins ebenfalls mit der Sexualität. Diese Denkweise ist auch bei ihrer Mutter zu bemerken, denn auch diese ist erst nach der Heirat (und damit einhergehendem Geschlechtsverkehr) zur Gynäkologin oder zum Gynäkologen gegangen. Sexualität kann also einerseits das Gefühl definieren, eine Frau zu sein, zum anderen wird Sexualität auch mit möglichen Problemen und Erkrankungen in Verbindung gebracht – man müsse von der Gynäkologin oder dem Gynäkologen überprüfen lassen, ob alles in „Ordnung“ sei:

...dann ich muss auch ehrlich sagen mein jetzt gibt diese Sex so solche Sachen ich denke das soll auch s- auch so so so, wie sagt man so so mh (räuspert sich, kurze Pause) äh so so Ordnung so zu Frauenarzt gehen, schau ma mal ob alles okay oder so und vielleicht ich denken jetzt, ich bin wirklich eine Frau, das es, das es so ist so, ja weil früher ich denke nur ich bin ein Kind, ich bin noch nicht wirklich (lachend) ein Frau geworden und ich brauch nicht zu Frauenarzt gehn und beim, ich habe auch mein Mama gefragt, sie is, sie is auch, seit sie heiratet oder so und dann s-sie fühlt sich nicht gut oder so zu Frauenarzt gegangen, sonst nicht. (Ai, Z 294-302)

Auch für Cui ist Sexualität mit der Möglichkeit eine Frauenkrankheit zu bekommen verbunden. Sie meint, durch richtig praktizierte Sexualität, Sauberkeit und selten stattfindenden Geschlechtsverkehr könne man Krankheiten vermeiden. Dann ist auch die Konsultation einer Gynäkologin oder eines Gynäkologen nicht notwendig:

Ich weiß nicht, ich fühl das ist nicht notwendig, weil äh mh (kurze Pause) zum Beispiel ich wasche sehr oft, zumindest einmal jeden Tag gut waschen und das zweite, äh in wir machen sehr selten Sex, also ich glaube (kurze Pause) Frauen so unter, die also die meisten so Frauenkrankheit bekommen, wenn man nicht richtig Sex gemacht oder wenn man nicht sauber genug oder oder wenn man irgendein Blödsinn, etwas gebaut, dann bekommt man Krankheit, aber normalerweise (kurze Pause) Fraunkrankheit durch unten, das kriegt man sehr sehr schwer. Ja, deswegen ich fühl das ist nicht so notwendig. (Cui, Z 348-356)

Barrieren im Zugang

Die Gynäkologie beschäftigt sich mit einem körperlich sehr intimen Bereich. Dieser ist sowohl mit der Identität als Frau als auch mit der Sexualität in enge Beziehung zu setzen (vgl. Hofmann 1999: 179). Damit verbunden kann die gynäkologische Untersuchung Verunsicherung, Scham-, Schuld-, Kränkungsgefühle und/oder Stress bei der Untersuchten auslösen (vgl. Kästner 2008: 275; Hofmann 1999: 179). Eventuell können diese Faktoren bereits im Vorfeld so stark sein, dass die Angst- oder Schamgefühle den Zugang zur Gynäkologin oder zum Gynäkologen überhaupt verhindern.

Der Leidensdruck und die wahrgenommene Intensität oder Ernsthaftigkeit eines Problems muss stark vorhanden sein, um etwaige Barrieren zu überwinden. Diese Barrieren können wie bereits erwähnt Angst und Scham sein, oder aber Misstrauen gegenüber der Gynäkologin oder des Gynäkologen als Ärztin oder Arzt. Unglückliche Erfahrungen in der Kindheit können ebenfalls eine Rolle spielen, hier kann das Geschlecht der Gynäkologin oder des Gynäkologen von Bedeutung sein.

Die Angst vor Schmerzen kann genauso abschreckend wirken, wie die Angst, vor dem, was bei der gynäkologischen Untersuchung passiert:

Na, ich weiß nicht, ich weiß nicht wie ist bei **mir**, ich habe immer Angst die Schmerzen bekommen, die Sachen, weil für Frauen so diese, so so jede Frau nicht gleich, aba vielleicht bei mir wird äh ein bisschen Schmerzen bekommen oder so. (Ai, Z 337-340).

Unwissenheit und Mangel an Informationen über die Untersuchung und den Ablauf eines gynäkologischen Besuchs bilden ebenfalls eine Basis für das Entstehen von Unsicherheit und Angst. Yang beispielsweise weiß nicht, was bei der Gynäkologin bzw. dem Gynäkologen passiert – sie würde ihn nur bei einem Problem aufsuchen. Die einzige Information, die sie hat ist die, dass eine Freundin sich das Rezept für die Pille beim Frauenarzt geholt hat. Daher sieht sie für sich auch nicht die Notwendigkeit eines Besuchs:

- I: Okay, und ähm hm hast du irgendwie schon mal, also weißt du was zum Frauarzt geht oder hast du schon mal von jemanden Erzählungen darüber bekommen, was der dann macht?
- IP: Ähm. Nein.
- I: Okay, auch nicht (lacht). Okay.
- IP: Also ich hab nur von einer Freund- also vielleicht von einer Freundin gehört, sie sie wollte Pille haben und deswegen geht sie zur Frauenarzt.
- I: Okay.
- IP: Und sie musste einfach im Unterleib untersucht werden. Wie was, keine Ahnung. (Yang, Z 455-463)

Manche Interviewpartnerinnen haben vage Informationen und Vorstellungen über einen Besuch in der gynäkologischen Praxis:

Ja, ich ich habe wirklich noch nicht so viel äh gedacht, ich denke wahrscheinlich die Arzt reden mit mir, was is so und so, was passiert, was habe ich immer gehabt und dann sicher kontrolliert, beobachtet, schauen was ist so, bin gespannt (lacht). (Ai, Z 314-317)

Wie hier erkennbar ist sind dies meist nur bruchstückhafte Informationen oder aber Beschreibungen, die Ängste sogar schüren können. Die Beschreibung einer gynäkologischen Untersuchung im Detail wirkt vielleicht abschreckend, wenn keine eigenen Erfahrungen vorhanden sind. Ai erzählt von Informationen, die sie erhalten hat: „...weil ich habe viele Information bekommen, manche Arzt, Ärztin sind nicht so nett...“ (Ai, Z 374-375)

Bai bringt ihrem Gynäkologen nicht sehr viel Vertrauen entgegen, sie vermutet, dass unsaubere Instrumente verwendet werden. Sie selber beschreibt sich im Interview als beinahe hyper-hygienisch. Ihre eigene Arbeit als Krankenschwester trägt dazu bei, dass sie sich immer sehr gründlich selber desinfiziert, um keine Krankheiten zu bekommen. Diese von ihr selbst als beinahe übertriebene Hygiene beschriebene Sauberkeit dürfte dazu beitragen, dass sie vermutet, dass der Gynäkologe die Instrumente nicht genügend desinfiziert:

Also ich habe irgendwie eine Verdacht, ob ihrer also ihre Instrumente auch sehr sauber sind, ja. Weil so wie ich also jedes Mal wenn ich vom Frauarzt so zurück gekommen bin, ähm habe ich so komisches Gefühl so so Juckreiz oder so was, ja. Und dann dachte ich also wahrscheinlich ist diese hygienische Maßnahme nicht so so gut gewesen. (Bai_1, Z 530-534)

Der Mangel an Vertrauen wird auch von Lian als ein Grund genannt, warum chinesische Frauen keine Gynäkologin bzw. keinen Gynäkologen aufsuchen möchten:

Die [Chinesinnen] sind auch noch sehr traditionell eingestellt, weil sie den österreichischen Ärzten auch noch nicht so vertrauen hab ich das Gefühl, weil (Pause) Gestern hab ich zum Beispiel ein Mädchen gefragt, sie ist

Austauschstudentin hier, sie hat keine Probleme mit der Regel (lacht) oder so, sie geht auch nie zum Arzt. Und dann hab ich sie gefragt, ob vielleicht es daran liegt, weil vielleicht alle nicht zum Arzt gehen, und dann hat sie gemeint, ja, es ist nicht üblich, das man zum Arzt geht, wegen einem Frauenproblem. (Lian_1, Z 741-747)

Bai generalisiert die Ablehnung der Gynäkologie, sie verortet diese allerdings zuerst nicht in der Kultur, sondern meint, dass alle Frauen ein Problem mit der gynäkologischen Untersuchung hätten. Das Problem sei hier, dass die Gynäkologie einen sehr intimen Bereich der Frau anspreche. Jedoch meint sie danach wieder, dass in China der Frauenarzt schon noch tabuisiert werde, vor allem von jungen Frauen:

I: Und meinen Sie machen das meisten anderen Frauen aus China auch so, dass sie nur zum Frauenarzt gehn wenn sie Beschwerden habn?

IP: Ja, ich glaube nicht nur aus China, sondern auch hier von Österreich.

I: (lacht)

IP: Weil ich Kolleginnen hab und die also wir wir sprechen manchmal darüber, nicht. Und dass sie, dass sie gesagt haben auch, also öfters, Gott ich musste zum Arzt, zum Frauarzt gehn, aber ich bin also immer noch nicht, so ja, das machen sie schon, ja. Ich glaube das ist, das Problem, generelles Problem von von der Frauen, sie gehn nicht gerne zum Frauenarzt, immerhin das ist ein Intimbereich, nicht, also aber in China ist das noch noch ein Tabu, außer wenn sie wirklich so schwanger sind oder so und dann so okay für Mädchen sie gehn überhaupt nicht hin. Also die Mädchen gehn nicht, nicht zum Frauarzt, außer wenn sie wirklich große Beschwerden haben... (Bai_1, Z 490-501)

Lian hingegen meint, dass in China junge Frauen deshalb keine Gynäkologin bzw. keinen Gynäkologen aufsuchen würden, da sie nicht das Vertrauen in diesen haben. Denn oft werden die Daten nicht, wie dies bei österreichischen ÄrztInnen gesetzlich geregelt ist, geheim gehalten, sondern unter Umständen an die Eltern weitergegeben. Zumindest besteht diese Angst. Ich vermute, dass es dabei nicht darum geht, dass die Eltern über ein gynäkologisches Problem ihrer Tochter Bescheid wissen dürfen, sondern dass es hierbei um die Verbindung zur Sexualität geht (vgl. Kapitel 13.2.1):

Ich glaub erstens s- sie sollen ahm ein Vertrauen zwischen den Patienten und sich selbst aufstellen, ahm sie sollen zum Beispiel, Daten von Patienten auch geheim halten. Oft ist es so, man geht nicht zur Frauenärztin, weil man ihnen nicht vertraut weil man glaubt sie geben die Daten weiter an die Eltern und will ja nicht dass die Eltern wissen dass man schon ein Freund hat oder so, aber in China ist es leider so, dass die Ärzte immer noch danach fragen, ahm was die Eltern darüber denken und das sollte vielleicht mehr persönlich auf die Patientin eingestellt werden, dass sie, also die Ärzten nicht zu viel verraten also den Eltern gegenüber, und zweitens ist, deshalb gehen ja auch nicht viele Chinesinnen zu Frauenärztinnen weil sie wissen, dass ihre Eltern was wissen können, und ja, sie meinen es ist erst richtig wenn man

verheiratet ist. ... also alle, auch die jungen Chinesinnen gehen vielleicht mit 25 zum ersten Mal zur Frauenärztin, und, ja. (Lian_1, Z 706-717)

Qiao betrachtet die Gynäkologie als einen Ort, der in einen sehr intimen körperlichen wie seelischen Bereich eindringt. Daher verbindet sie die Gynäkologie auch mit Schamgefühlen. Sie selber hat noch nie eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen konsultiert, aber ihre Mutter begleitet und weiß daher auch, was dort geschieht:

Wenn man, wenn die Frau zu Frauarzt, dann haben sie Probleme, also, aber ich glaube es, Fraunproblem is sehr mh sehr persönlich und ja, ich habe, ich habe mit meiner Mutter zur Frauarzt gehn, aber das is, ich wie- begleite meine Mutter und meine Mutter mö- sagen immer äh kannst du mit mir zu hinein kommen, zu Arzt, weil das is sehr persönlich und und mh bisschen peinlich finde ich, weil das muss also unsere private Körper zeigen und ... Aber ich ich weiß, habe gewusst viele Frauen gehen nicht gern in Frauarzt, weil sie sie schämen sich oder vielleicht... (Qiao, Z 531-539)

Cui hat auch Angst, die gynäkologische Praxis aufzusuchen, allerdings verweist sie dabei auf ihre Kultur, die sie als verschlossen darstellt. Neben dem kulturellen Aspekt erwähnt sie den individuellen und psychischen Faktor: Sie selber hat Angst vor der gynäkologischen Untersuchung, und diese Angst verbindet sie mit negativen Kindheitserlebnissen, die sie mit Männern hatte:

...also die echte Frauenarzt, bei mir ich habe (räuspert sich) ein bisschen psychologische Probleme, das ist auch sehr viel (räuspert sich) sehr stark mit ähm Kultur zu tun, weil in unserer Kultur ist ein bisschen ziemlich geschlossene Kultur, und das bei Frauenarztbesuch ist ein bisschen problematisch. Ja, aber ganze Prozess kein Problem, nur mein psychologisch ein bisschen Problem. (Cui, Z 329-334)

Gründe des Aufsuchen der Gynäkologie

Krankheiten und Beschwerden können ein Grund dafür sein, eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufzusuchen, jedoch sind sie nicht der einzige. Das Bedürfnis nach Vorsorgeuntersuchungen oder aber der Wunsch nach einem bestimmten Verhütungsmittel stellen ebenfalls Gründe für einen Besuch bei einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen dar. Jedoch taucht bei meinen Interviewpartnerinnen in sehr hohem Ausmaß die Ansicht auf, dass die gynäkologische Praxis hauptsächlich bei Erkrankungen aufzusuchen ist. Vorsorgeuntersuchungen werden zwar von einigen Interviewpartnerinnen genannt, aber sie sind nicht der primäre Grund für das Aufsuchen der gynäkologischen Praxis und vor allem bestimmen sie nicht die Regelmäßigkeit des Besuchs.

Problemzentrierter Zugang

Der Zugang zu GynäkologInnen wird ganz klar mit dem Vorhandensein eines „Frauenproblems“ verbunden. Der Tenor meiner Interviewpartnerinnen lautet: Wenn kein Problem besteht, muss auch keine Gynäkologin bzw. kein Gynäkologe aufgesucht werden. Folgende Zitate verdeutlichen diesen problemzentrierten Zugang:

Weil, naja wie sagt man (kurze Pause) vielleicht für mich das is kein Thema oder ich (lacht) oder ich finde immer, ja, finde immer so **brauch nicht, ich muss nicht** ähm, mmh, äh, **nicht notwendig, nicht praktisch**, so bei mir ist so so so äh i-, zum Beispiel ich war so so Jungefrau und dann ich finde äh funktioniert alles okay und äh (Stimme wird wieder bestimmter, lauter) **ich glaube keine solche Thema gekommen** soll ich zu Frauenarzt gehen, einfach so die die Gefühl. (Ai, Z 280-286)

Wenn ich keine Beschwerden hab gehe ich wirklich nicht, ge. ... Ich muss mich überwinden, ich bin sehr faul, weil, nicht weil ich schüchtern bin oder so was, sondern weil die Zeit wirklich also für mich nicht genug ist. (Bai_2, Z 463-466)

Die beiden Zitate stellen eine exemplarische Auswahl der Aussagen dar, die den problemzentrierten Zugang zur Gynäkologie beschreiben. Das Vorhandensein eines „Frauenproblems“ ist für viele eine Voraussetzung für die Konsultation einer Gynäkologin bzw. eines Gynäkologen. Allerdings reicht es nicht, dass ein Problem als „Frauenproblem“ wahrgenommen wird, es spielen verschiedene Faktoren mit, die beeinflussen ob letztendlich eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe als TherapeutIn herangezogen wird: die wahrgenommene Intensität und Ernsthaftigkeit des Problems, bereits vorhandene Erfahrung mit der Gynäkologie und die lay referral group haben einen Einfluss auf die Entscheidung.

Ai hat bis zum Zeitpunkt des Interviews den Besuch einer gynäkologischen Praxis abgelehnt, stattdessen hat sie ihre Probleme (Blasenentzündungen und Menstruationsbeschwerden) mit chinesischer Medizin, Schmerzmitteln, Antibiotika und anderen Maßnahmen behandelt. Der Druck eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufzusuchen, wuchs aber, da sich ihre Probleme durch therapeutische Maßnahmen nicht dauerhaft beheben ließen. Nicht nur der Leidensdruck (suffering), sondern auch die Angst vor ernsthafteren Erkrankungen stieg an:

...ich habe auch ein bisschen Angst so von die, weil ich habe (seufzt) flüher von meinen mh, meine äh äh, mein Mutters Freundin gehört äh, für Frau Frau immer f-fühlt sich müde oder so, das ist schon mit Fraunkrankheit ein bisschen zu tun, das is nicht so wirklich nur verkühlt oder so, deswegen ich habe ein bissi Angst also auch das alles okay oder // (Ai, Z 556-561)

Die lay referral group, bestehend aus ihrem österreichischen Ehemann, ihrer Schwiegermutter und der Hausärztin, riet ihr eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufzusuchen, um die Schmerzen abklären zu lassen. Schließlich wurde sie von der lay referral group überzeugt und sie machte sich einen Termin beim Gynäkologen aus. Zwei Mal versäumte sie die Termine, bis eine weitere Blasenentzündung ihr Sorgen bereitete und sie schließlich in Begleitung ihres Ehemannes tatsächlich einen Gynäkologen aufsuchte,

Auch Bai konsultierte erst einen Gynäkologen, nachdem sie ein ernsthaftes körperliches Problem an sich selber verortete:

Äh, aber hier in Österreich so mh auch nicht, so wenn damals warum ich zu mein Frauarzt gegangen bin, war dass ich so eine Zyste hab, so ja ich hab mh also da ich ein bisschen Kenntnisse von der Medizin hab und da hab ich gesehen, äh das ist nicht in Ordnung deswegen bin ich zum Arzt gegangen... (Bai_1, Z 278-281)

Lian erwartet sich auch vor allem ärztliche Abklärung und eine Behandlung, wenn sie Beschwerden hat. Dabei geht es ihr um eine kurzfristige Lösung, die mittels westlicher Medizin erzielt wird, für eine dauerhafte Behandlung hingegen bevorzugt sie chinesische Medizin:

Ähm entweder will ich halt wissen warum ich so starke Schmerzen hab, was ich dagegen tun kann und dass ich halt sofort Hilfe bekomme, ich erwarte nicht von ihm, dass ich jetzt längerfristige Tipps oder so bekomme oder er jetzt auf meinen Körper spezifisch äh ausgerichtete Rezept oder so, das kann er mir auch nicht geben, aber er kann mir halt so Medikamente empfehlen oder verschreiben, die im Moment helfen. Und ähm auch bei schwierigen Sachen, zum Beispiel Ultraschall oder so was, dann geh ich schon zu ihm. (Lian_2, Z 598-604)

Der problemzentrierte Zugang zur Gynäkologie zeigt, dass westliche Medizin eher bei akuten Problemen zum Einsatz kommt. Für chronische oder leichtere Beschwerden wird stattdessen bevorzugt auf chinesische Medizin zurückgegriffen (vgl. Kapitel 14.1).

Einfluss der lay referall group

Die lay referral group besteht meist aus der Mutter, Freundinnen, Bekannten und weiblichen Familienmitgliedern. Manchmal wird auch der österreichische Partner oder Mann in den health-seeking process miteinbezogen.

Die lay referral group gibt Ratschläge, Erfahrungen, Informationen über die gynäkologische Untersuchung und Kontakte zu GynäkologInnen weiter, sie kann aber auch den

Therapieprozess einleiten, indem sie Druck ausübt z.B. eine gynäkologische Praxis aufzusuchen.

Ai hat durch den Einfluss der lay referral group erstmals einen Gynäkologen konsultiert. Die Adresse vom Gynäkologen wurde ihr von ihrer österreichischen Schwiegermutter und Schwägerin gegeben, ihr Ehemann hat sie dann zum Frauenarzt begleitet. Barrieren wie Scham, Unsicherheit und Sprachschwierigkeiten hinderten sie lange daran, eine gynäkologische Praxis zu besuchen. Hier war nicht nur der Leidensdruck entscheidend, sondern der Druck der lay referral group, die eine Notwendigkeit einer gynäkologischen Abklärung sah.

Auch Cui hätte ohne ihren österreichischen Ehemann vermutlich nicht die gynäkologische Praxis aufgesucht:

Ja, ein-eines, wenn ein Problem gibt oder zweite wenn mein Mann sagt, (Stimme ändert sich) nein, du sollst noch einmal regelmäßig besuchen, dann ja ich gehe, vielleicht aber, aus freiwillig mag ich nicht, weil ich habe kein Problem, ich bin so gesund (lacht). (Cui, Z 359-362)

Die Einstellung der Familie zur Gynäkologie beeinflusst ebenfalls das health-seeking behaviour. Die Mütter einiger Interviewpartnerinnen waren nie bzw. nur selten bei einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen. Die Einstellung wird dann teilweise von den Töchtern übernommen, diese sehen ebenfalls erst bei akuten Beschwerden die Notwendigkeit zur gynäkologischen Abklärung.

Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen (Krebsabstrich, Brustuntersuchung, Ultraschall) werden von drei Interviewpartnerinnen als Grund für die Konsultation einer Gynäkologin oder eines Gynäkologen angesehen. Eine einzige meiner Interviewpartnerinnen hat ein genaues Bild darüber, dass der Abstrich zur Krebsvorsorge gedacht ist:

Weil ich habe gehört, nach äh welche wie viel Jahre alt habe ich vergessen, man besser man jedes Jahr Frauarzt äh und normale Untersuchung machen, und was es ist für Krebs, für wie heißt äh Gebärmutter? ... Gebärmutterkre- krebs is, ja es ist nicht schwer Kre- Krebs, wenn man früher äh finden kann, dann kann man. (Hua, Z 1153-1155)

Lian und Xue besuchen ein- bis zweimal jährlich eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt zur Kontrolle. Dabei weiß Xue eigentlich nicht genau, dass hierbei ein Krebsabstrich gemacht wird:

Mh ähm weg- ich ich geh, ich besuch auch zum Frauarzt wegen andere Grund, ich glaub, mein Mutter immer sagen mir, jedes Jahr muss man die ganz Körper untersuchen, einmal untersuchen, ... ich besuch äh Frauarzt jedes Jahr vielleicht zwei Mal oder so, auch in China. (Xue, Z 785-788)

Wie hier deutlich wird, ist die regelmäßige Untersuchung mitbedingt durch die Einstellung der Mutter. Einige Interviewpartnerinnen hingegen gaben an, dass ihre Mütter noch nie, nur bei Schwangerschaft oder ernsthaften Beschwerden eine Gynäkologin bzw. einen Gynäkologen aufsuchten. Diese sahen dann auch nicht die Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchung.

Auch Lian besucht die gynäkologische Praxis ein- bis zweimal jährlich, jedoch eher unregelmäßig:

Ähm, einfach nur zur Kontrolle, da bin ich ... zu faul, da denk ich gar nicht daran. Aber (kurze Pause) ahm (kurze Pause) ja vielleicht sollte ich öfters gehen, so halbes Jahr einmal oder so was (kurze Pause), aber da ich auch nicht so viel zu erzählen hab, oder keine Veränderungen bemerke, da weiß ich nicht ob warum warum ich hingehn soll (lacht etwas) (Lian_2, 760-764)

Cui beispielsweise konsultiert den Gynäkologen nicht regelmäßig, dafür sind die Barrieren zu hoch. Ihr österreichischer Ehemann drängt sie zwar, die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig durchführen zu lassen, aber Cui selber sieht nicht die Notwendigkeit. Sie war erst zwei Mal bei einem Gynäkologen. Sie versteht die Vorsorgeuntersuchung auch nicht als eine solche, sondern vermutet, dass man dann keinen Krebs bekommen würde. Aus diesem Grund lässt sie die Untersuchung einmal über sich ergehen: „...weil man Mann sagte, ich soll äh untersuchen gehen damit kein Krebs bekommen, ja ich fühle das ist notwendig.“ (Cui, Z 364-365)

Um einen regelmäßigen gynäkologischen Besuch für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen zu gewährleisten, muss eine Notwendigkeit dafür gesehen werden, also Wissen über den Krebsabstrich vorhanden sein. Verschiedene Studien (vgl. Gao et al. 2008, Jackson et al. 2002, Lin et al. 2005, Ralston et al. 2003) bestätigen das.

Das Geschlecht zählt in der Gynäkologie

Der Mangel an Informationen bezieht sich nicht nur auf den Ablauf eines gynäkologischen Besuchs, sondern auch auf die Wahl einer Gynäkologin oder eines Gynäkologen. Bei der Frage, ob ihre Ärztin bzw. ihr Arzt ein Mann oder eine Frau sei, gaben zwei Interviewpartnerinnen an sie würden zu einem männlichen Gynäkologen gehen, würden allerdings eine Frau präferieren:

...wieso muss alles männlich Arzt machen. Ja, das ist, ich mein Erwartung ist weil körperlich Privatkontakt äh alle ein Frau, weibliche Part äh machen, das wär sehr sehr angenehm. (Cui, Z 397-399)

Folgender Interviewausschnitt zeigt dies noch einmal deutlich:

- I: Okay, und es is ein Mann oder eine Frau?
IP: Ein Mann (lacht) Ein Mann (lacht)
I: Und hättest du lieber eine //
IP: Ich habe nicht Frau gefunden (lacht) Ich möchte gerne eine Frau haben. ...
Nein, ich habe nur ein Mann gefunden (lacht)
I: Okay, aber dir wär lieber eine Frau eigentlich?
IP: Ja ja. (Hua, Z 1173-1182)

Natürlich tauchen auch andere Meinungen auf, einer Interviewpartnerin ist es gleichgültig welches Geschlecht ihre Gynäkologin bzw. ihr Gynäkologe hat.

Ai hingegen hätte vor ihrer Heirat nur eine Frau als Gynäkologin ausgewählt, da sie der Meinung ist, dass das Schamgefühl damit vermindert sei. Jedoch ist sie nun der Ansicht, dass ein männlicher Arzt unter Umständen vorsichtiger und beschützender mit ihr umgehen wird:

Ärztin gehn. Aber nicht Arzt, nicht Mann, sondern Frau. Das ist zuerst die Psychologen ein bisschen wohl fühlt, das ist Frau und Frau und nicht so äh sowieso nicht so so peinlich und man kann auch ganz direkt reden oder so aber es seit ich heiratet ich habe immer finden, ja es vielleicht es ist so so habe Mann und mein Mann so schützend mich oder so is, doch ist wurscht jetzt ist Ärztin oder Arzt, aber ich habe, wieso ich habe Arzt jetzt ausgewählt, weil ich habe viele Information bekommen, manche Arzt, Ärztin sind nicht so nett. Das ist auch Meinung so, weil Frau zwar Frau verstehen dein Gefühl oder so, aber die sichts die Sachen auch normal, wird auch dich nicht gut kümmern von die Gefühl. Deswegen ich denken vielleicht di- ein Arzt ist schon besser. (Ai, Z 368-378)

Das Geschlecht der Ärztin bzw. des Arztes kann also einen Einfluss auf die Erfahrungen haben, die dann in weiterer Folge zukünftiges health-seeking behaviour bestimmen.

Diskussion

Die Einstellung zur Gynäkologie ist wichtig, wenn wir den Umgang mit Beschwerden analysieren. Denn ist der Zugang zur Gynäkologie aufgrund von Barrieren wie Angst, Schamgefühlen, Unsicherheit oder Misstrauen erschwert, dann wird diese Option in der Therapieauswahl nicht die Priorität sein. Jene Interviewpartnerinnen, die noch nie bei einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen waren oder aber negative oder unangenehme Erfahrungen machten, weisen eine höhere Hemmschwelle auf, diesen bei Problemen zu konsultieren. Wenn hingegen ein positiverer Zugang zur Gynäkologie besteht und der Ärztin bzw. dem Arzt Vertrauen entgegen gebracht wird, dann ist die Wahrscheinlichkeit um einiges höher, bei Beschwerden die Gynäkologin bzw. den Gynäkologen in die Therapie mit einzubeziehen.

Die Sozialisation innerhalb der Familie, vor allem der Zugang und die Einstellung der Mutter zur Gynäkologie bedingen die Therapiewahl mit. Subjektive Erfahrungen beeinflussen ebenfalls den Entscheidungsprozess: „In similar vein, the experiences patients have in their consultations with a doctor or nurse may have a significant effect on their subsequent expectations and their willingness to seek help in the future.“ (Lau 1996: 111)

Jene Interviewpartnerinnen, die regelmäßig eine gynäkologische Praxis aufsuchten, sprechen nicht über die oben beschriebenen Barrieren. Dabei ist allerdings nur bei einer Interviewpartnerin konkretes Wissen über den Krebsabstrich vorhanden, die anderen beiden haben eine vage Ahnung über den Grund einer jährlichen Kontrolle. Durch den regelmäßigen Zugang sind die Barrieren abgebaut und das bedeutet, dass auch die Gynäkologin bzw. der Gynäkologe als TherapeutIn für ein „Frauenproblem“ schneller konsultiert wird.

Die Frauen hingegen, die von Barrieren wie Angst, Schamgefühlen, Unsicherheit und Misstrauen berichten, haben entweder noch nie oder nur sehr unregelmäßig eine gynäkologische Untersuchung machen lassen, und wenn dann nur bei als ernsthaft eingestuften Problemen. Die Barrieren verhindern einen positiven Zugang zur gynäkologischen Praxis, diese wird ausschließlich mit der Problembehandlung in Verbindung gebracht. Das Problem muss dann aber als intensiv und ernsthaft bewertet werden, damit eine Gynäkologin bzw. ein Gynäkologe trotz negativer Einstellungen konsultiert wird. Die Gynäkologie als Vertreterin der westlichen Medizin wird also bevorzugt zur akuten und kurzfristigen Problembehandlung eingesetzt, für chronische und leichtere Beschwerden als auch zur Prävention wird hingegen die chinesische Medizin präferiert.

Die beschriebenen Barrieren, der problemorientierte Zugang sowie die lay referral group spielen eine wichtige Rolle im health-seeking behaviour: Denn neben der Gynäkologie sind andere Möglichkeiten vorhanden: TCM-ÄrztInnen (in Österreich oder China) sowie Selbstbehandlung (mit chinesischen oder westlichen Medikamenten, mittels Ernährung oder anderen Maßnahmen).

14. Gynäkologische Probleme

Unter gynäkologischen Problemen fasse ich hier zusammen, was die Frauen in ihrer subjektiven Wahrnehmung als „Frauenproblem“ oder „Frauenkrankheit“ verstehen (illness). Bei manchen Erkrankungen oder Beschwerden mag es klar sein, dass diese als gynäkologische Probleme (disease) deklariert werden (v.a. Erkrankungen der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale), wie etwa Myome oder Zysten, bei anderen hingegen, wie der Blasenentzündung ist dies vielleicht weniger offensichtlich. Nachfolgende Tabelle gibt Aufschluss über die Beschwerden, die mir auf meine Fragen hin (siehe Anhang) genannt wurden.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass manch ein Symptom (hier v.a. starker Ausfluss) von einer Interviewpartnerin z.B. als Problem bezeichnet wird, von anderen jedoch überhaupt nicht. In Tabelle 2 ist also nur aufgelistet, was die Interviewpartnerinnen selbst als Problem bezeichnen, sich demnach damit befassen und/oder therapeutische Maßnahmen einsetzen, um die Beschwerden zu behandeln:

| Gynäkologische Probleme | Ai | Cui | Xue | Xing | Lian | Hua | Dan | Bai | Mai | Yang | Qiao |
|----------------------------|----|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|------|------|
| Menstruationsschmerzen | x | x | x | x | x | x | x | | x | | x |
| unregelmäßige Menstruation | x | x | | | x | x | x | | | | x |
| Aussetzen der Menstruation | | | | x | x | | x | | | x | |
| Schmerzen beim / nach Sex | | x | x | | | | | | | | |
| Myome | | | | | | | | x | | | |
| Zysten | | | | | | | | x | | | |
| Blasenentzündung | x | | | | x | | | | | | x |
| starker Ausfluss | | | | | x | | | | | | |
| Infektion und Ausfluss | | | | | | | x | | | | |

Tabelle 2: Gynäkologische Probleme

Die am häufigsten genannten Probleme waren Dysmenorrhoe (Menstruationsschmerzen) - 9 von 11 Interviewpartnerinnen -, unregelmäßige Menstruation (6 IP) oder das Aussetzen der Menstruation (4 IP). Das ist dadurch zu erklären, dass die Menstruation eine monatliche Erfahrung darstellt und damit die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass hier Probleme oder Unregelmäßigkeiten beobachtet und wahrgenommen werden. Dysmenorrhoe wird ebenfalls in verschiedenen Studien als eine der häufigsten gynäkologischen Beschwerden beschrieben (vgl. Zhu et al. 2009: 155, Chen et al. 2008: 2588, Chan et al. 2009: 18).

Andere Erkrankungen tauchen bei den Interviewpartnerinnen in unterschiedlichem Maße auf: Drei Interviewpartnerinnen berichteten von Blasenentzündungen, zwei von Schmerzen beim oder nach dem Geschlechtsverkehr. Eine Interviewpartnerin hatte zuerst Zysten und danach Myome, eine weitere sah starken Ausfluss als Problem an und wieder eine andere hatte eine Infektion.

Den komplementärmedizinischen Umgang mit Menstruationsbeschwerden werde ich im nachfolgenden Kapitel (Kapitel 14.1) ausführlich besprechen. Der Grund dafür ist, dass ich darüber sehr genaue und miteinander vergleichbare Daten erhalten habe, die ich anders zusammenführen werde, als die Einzelfallbeschreibungen, die ich im Zusammenhang mit den anderen gynäkologischen Problemen in diesem Kapitel besprechen möchte.

Health-seeking behaviour, therapeutische Prozesse und komplementärmedizinische Nutzung hängen einerseits von den Einstellungen zur westlichen bzw. zur chinesischen Medizin ab, von Erfahrungen und Wissen, das bereits in China erworben wurde, sowie von der strukturellen Einschreibung des sozialen und kulturellen Kontextes in China, vom sozialen Umfeld, von Informationen und der Einschätzung der Ernsthaftigkeit des Problems. Eine wichtige Rolle spielen hier auch die Erklärungsmodelle, mit denen die Ursache eines Problems beschrieben wird.

14.1. Menstruationsbeschwerden

Unter den Begriff Menstruationsbeschwerden fallen Zyklusstörungen, das Ausbleiben der Menstruation (Amenorrhoe), starke und verlängerte Menstruation (Menorrhagie) sowie die schmerzhafteste Regelblutung (Dysmenorrhoe) (vgl. Andres/Brendli 1998: 382f, Chan et al. 2009: 18, Hofmann 1999: 219ff, Psychrembel 1994: 358).

Die meisten meiner Interviewpartnerinnen berichten von Menstruationsbeschwerden, dabei ist die Dysmenorrhoe die am häufigsten genannte Beschwerde. Um den Rahmen nicht zu

sprengen, kann ich die interessanten Erklärungen und Beschreibungen meiner Interviewpartnerinnen über ihre Menstruationsbeschwerden nur am Rande besprechen.⁴² Die Beschreibung reicht von ziehenden Schmerzen über so starke Schmerzen, die bis zur Ohnmacht führen können, bis hin zu emotionalem Diskomfort während der Zeit der Regelblutung.

Der Umgang mit Menstruationsbeschwerden wird von der erlebten Intensität der Schmerzen, dem gleichzeitigen Erleben anderer gynäkologischer Probleme, von eingeholten Informationen (über die lay referral group, Medien, Medizinbücher oder das Internet, von ÄrztInnen etc.) sowie von eigenen Erfahrungen und Wissen beeinflusst. Wissen über, Erfahrung und Umgang mit den Medizinsystemen in China, chinesische Werbung, Informationen von Mutter und Freundinnen beeinflussen das health-seeking behaviour in Österreich. Allerdings wird dieses Wissen durch Erfahrungen in Österreich, neue Informationen und eine andere Zusammensetzung der lay referral group adaptiert, verändert und erweitert.

Die Institutionalisierung zweier Medizinsysteme in China – westlicher und chinesischer Medizin – und die komplementäre Nutzung dieser beiden Medizinsysteme liefern den Kontext für die Betrachtung des health-seeking behaviours. Chinesische Frauen kommen mit ihrem in China erworbenen Wissen nach Österreich, finden sich nun aber in einer neuen Umgebung mit einem anders strukturierten Gesundheitssystem sowie anderen Zugangsmöglichkeiten zu Medizinsystemen wieder. Nun stellt sich die Frage, wie Frauen innerhalb einer neuen Lebenswelt Ressourcen, Wissen um Medikamente und deren Anwendung sowie ihre Erfahrungen nutzen, wie sie diese weiterhin anwenden können oder ob und wie neues Wissen angeeignet wird um mit einem Problem oder Beschwerden umzugehen. Welche Medizinen, Nahrungsmittel und Maßnahmen werden angewandt um mit Menstruationsbeschwerden umzugehen? Welche Rolle spielt hier die lay referral group und welche ÄrztInnen werden konsultiert? Ich werde im Folgenden auf diese Fragen eingehen, und sowohl den Einsatz von Medikamenten und Heilmitteln, die Nutzung von Nahrungsmitteln als auch die ärztliche Therapie besprechen.

⁴² Ich möchte hier auf Tanja Ruediger verweisen, die ihre Diplomarbeit über Menstruation ebenfalls im Rahmen des FWF-Projekts verfasst. Der voraussichtliche Titel ihrer Arbeit ist „My old aunt is coming. In Wien lebende chinesische Migrantinnen sprechen über ihr Menstruationserleben.“

14.1.1. Schmerzmittel

Die einzigen westlichen Medikamente, die im Zusammenhang mit Menstruationsbeschwerden erwähnt werden, sind Schmerzmittel. Zwei meiner Informantinnen (Ai und Cui) verwenden Schmerzmittel (neben chinesischen Medikamenten) um die als sehr stark beschriebenen Schmerzen einzudämmen. Die Verwendung von Schmerzmitteln wird von Ai von ihrer Arbeit abhängig gemacht, denn auch wenn sie ansonsten Medikamente prinzipiell eher vermeidet, sind das Arbeiten und „Funktionieren-Müssen“ ein Grund, Schmerzmittel zu verwenden. An den Tagen, an denen sie nicht arbeiten muss, versucht sie den Schmerz auszuhalten, sie liegt im Bett und trinkt warmes Wasser:

Ich muss, wenn ich keine Arbeit, ich bleiben zuhause, ich nehmen sicher nicht [Schmerzmittel], weil ich kann selbst so mehr Warmwasser trinken oder P- oder Pause machen aber wenn ich muss, wenn ich arbeiten muss oder etwas machen muss, dann nehme ich so. (Ai, Z 141-144)

In Cui's Familie sind Menstruationsbeschwerden bei allen weiblichen Mitgliedern vorhanden und Schmerzmittel sind in der Familie ein bereits etabliertes Medikament zur Behandlung der monatlich auftauchenden Schmerzen. Generell nimmt aber auch sie nur ungern Medikamente ein, vor jene, die einen starken Einfluss auf den Körper (wie z.B. die Pille) bzw. Nebenwirkungen haben.

Ai und Cui verwenden Schmerzmittel komplementär neben anderen Maßnahmen und chinesischen Medikamenten. Westliche Medizin wird generell als sehr schnell wirksam und effektiv angesehen und daher bei starken Schmerzen eingesetzt, die nicht durch Ruhe und Tees sowie durch speziell zubereitete Speisen gelindert werden könnten, weil beispielsweise die Arbeit oder das Studium Leistung erfordern. Sowohl Ai als auch Cui sind sehr intensiv in Arbeit und Studium bzw. drei unterschiedliche Studien eingebunden und können daher nicht immer die notwendige Zeit und Ruhe aufbringen, um den Schmerzen auf eine andere Art entgegen zu wirken. Mai lehnt Schmerzmittel vollkommen ab, sie meint stattdessen, dass Arbeit in der Zeit der Menstruation vermieden werden sollte: „It's better to lay down, not just work, just lay down and have wa- hot water, ähm on the belly, keep warm.“ (Mai, Z 291-292) Der Einnahme von Schmerzmitteln liegt hier ein biomedizinisches Konzept zugrunde, „the idea of function and normalcy“ (Janzen 2002: 68). Das „Funktionieren-Müssen“ in der modernen Welt der Mehrfach-Belastungen wird durch die Unterdrückung von Schmerzen

gewährleistet und kann mit dem Begriff der „functional health“⁴³ (Baer/Singer/Susser 2003: 4) beschrieben werden. Die Critical Medical Anthropology stellt eine Verbindung zwischen Kapitalismus und der Biomedizin her, da letztere zur Gewährleistung der ökonomischen Produktivität durch gesunde Arbeitskräfte beitrage. Der „body as a machine“ (Baer/Singer/Susser 2003: 13) müsse so seine Funktion im kapitalistischen Getriebe erfüllen.

Lian verwendet Schmerzmittel (z.B. Parkemed) hingegen nur, wenn sie keine chinesische Medizin bekommt, und bezieht Pharmaka dann von Freunden. Fang hat ebenfalls ein in China erhältliches Schmerzmittel, namens *fenbi de*, von einer Kollegin erhalten und eingenommen. Beide wenden allerdings selten Schmerzmittel gegen Menstruationsbeschwerden an, im Fall von Lian werden westliche Schmerzmittel eher bei starken Symptomen und einem persönlichen Engpass an chinesischen Medikamenten angewendet.

Bai, die als Ärztin in China arbeitete, unterstreicht dies mit ihrer Aussage: „Ja, Schmerzmittel verwenden sie [chinesische Frauen], aber sehr selten, solange sie das aushalten verwenden sie das nicht.“ (Bai_2, Z 382-383)

Schmerzmittel sind der schnellste Weg um unliebsame Schmerzen loszuwerden, allerdings wird hier nur das Symptom und nicht die Ursache bekämpft. Daher nimmt die chinesische Medizin in den Aussagen meiner Interviewpartnerinnen auch eine viel größere Wichtigkeit ein. Sie soll nämlich die Balance im Körper wiederherstellen und damit dauerhafte Besserung erzielen, wie ich im Folgenden noch erläutern werde.

14.1.2. Chinesische Medizin

Die chinesische Medizin nimmt in der Behandlung von Menstruationsbeschwerden einen sehr wichtigen Stellenwert für meine Interviewpartnerinnen ein. Um zu verstehen, wieso sie chinesische Medizin als Therapie einsetzen, müssen die Erklärungsmodelle, die zum größten Teil in der traditionellen chinesischen Medizin wurzeln, miteinbezogen werden (vgl. Kapitel 4.2). Chinesischer Medizin wird nachgesagt die Ursache einer Erkrankung behandeln, indem beispielsweise die Blutzirkulation erhöht wird oder Harmonie innerhalb des Körpers wiederhergestellt wird (vgl. Cheng et al. 2008: 2593). Schmerz wird als Ausdruck von Imbalance im Körper verstanden, daher muss diese in erster Linie wieder behoben werden (vgl. Furth/Shu-Yueh 1992: 30). Chinesische Medizin soll daher die Blutzirkulation

⁴³ Der Begriff „functional health“ wurde von Sander Kelman im Kontext des Kapitalismus geprägt (vgl. Baer/Singer/Susser 2003: 4)

aktivieren, Stagnation gegenwirken, eine blutbildende Funktion haben und erwärmend wirken (vgl. ebd.).

Das Wissen darüber, dass es chinesische Medikamente gegen Menstruationsbeschwerden gibt, ist bei allen Interviewpartnerinnen vorhanden. Manche Frauen haben einen recht großen Wissensfundus, der weit über die von ihnen verwendeten Arzneimittel hinausgeht, bei anderen hingegen beschränkt sich das Wissen über chinesische Medizin gegen Menstruationsbeschwerden auf einen recht kleinen Bereich. Oft war innerhalb der Interviews mit Frauen, die ein sehr breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten vor mir ausbreiteten, nicht immer klar, welche davon sie nun eigentlich selbst ausprobierten (außer sie erzählten mir davon). Dabei wurde mir aber bewusst, dass für die Frauen aufgrund dieser vielfältigen Möglichkeiten bestimmte Entscheidungsprozesse nötig waren, die sie dann zum Prozess der Therapie/n (auch mit verschiedenen Arzneimitteln) leiten mussten. Die chinesischen Heilmittel wurden meistens recht klar beim Namen genannt.

Es gibt einerseits die Möglichkeit, sich bei einer TCM-Ärztin bzw. einem TCM-Arzt untersuchen zu lassen und eine Rezeptur mit unterschiedlichen Inhaltsstoffen verschrieben zu bekommen, die meist in der ärztin- bzw. arzteigenen Apotheke zusammengemischt werden. Dabei sind den PatientInnen die Inhaltsstoffe meist nicht so klar, da sie das Rezept nur für kurze Zeit in der Hand behalten und mehrere Inhaltsstoffe verschrieben wurden.

Die andere Möglichkeit besteht darin, ein chinesisches Medikament in einer – westlichen Medikamenten ähnelnden – Verpackung und in Form von Tabletten oder Kügelchen zu erstehen. Das ist eine einfache Variante um diese Medikamente zu importieren oder zu verschicken. Dies kann während eines Urlaubbesuchs geschehen, die Medikamente können von Verwandten geschickt werden, oder von einer/m in Österreich ansässigen TCM-Ärztin bzw. -Arzt importiert und dann gekauft werden.

Die Medikamente in moderner Verpackung, die mir von einer Interviewpartnerin gezeigt wurden, sind fast alle mit einem Beipackzettel versehen, in dem die Arzneien mit Beschreibungen von Geschmack und Geruch des Medikaments, Inhaltsstoffen, Anwendungsgebieten und Wirkungsweise, Dosierung und Art der Anwendung sowie Vorsichtsmaßnahmen und Warnhinweise erklärt werden.

Chinesische Medizin in moderner Verpackung

Chinesische Medizin in Tabletten-, Kapsel- oder Kügelchen-Form und moderner Verpackung ist relativ leicht zugänglich. Um sie zu erhalten, muss nicht extra eine TCM-Ärztin oder ein

TCM-Arzt aufgesucht und eine Diagnose erstellt werden, die für die Zusammenstellung einer individuellen Rezeptur nötig wäre. Die Medikamente werden in chinesischen Supermärkten in Österreich und China sowie in Chinas Apotheken verkauft. Die Verpackung wird als sehr praktisch angesehen, denn die Medikamente lassen sich dadurch leicht verschicken und importieren.

Die Verpackungsweise bedingt auch, dass ein Beipackzettel mit Beschreibung der Anwendungsgebiete, Dosierung und Art der Anwendung, Zusammensetzung des Medikaments und Vorsichtsmaßnahmen bzw. Warnhinweisen enthalten ist. Dadurch wird das persönliche Gespräch mit einer Ärztin bzw. einem Arzt ersetzt, die Informationen liegen stattdessen dem Medikament bei. Das heißt, die Verpackungsform bedingt den persönlichen Kontakt mit der Ärztin bzw. dem Arzt oder ersetzt sie/ihn. Der/die PatientIn verfügt über mehr Entscheidungskraft in der Auswahl des Medikaments, da er/sie entweder den Vorschlägen des/der ApothekerIn folgt oder den eigenen Wünschen und Erfahrungen, wie auch Paul Unschul vermerkt: „the patient may select medicines according to his own diagnosis and the pharmacist's recommendations“ (1976: 313). Die Informationen im Beipackzettel ersetzen die Ärztin oder den Arzt als gatekeeper zur Medizin. Die Ärztin bzw. der Arzt als autorisierte Person, und damit auch eine Kommunikationsebene, die Ärztin/Arzt-PatientIn-Beziehung, wird umgangen (vgl. Janzen 2002: 156).

Darüber hinaus erfolgt die Einnahme der Medizin schnell, da die Zubereitungszeit, das Kochen der chinesischen Medizin, wegfällt. Zusammengefasst liefert die Medizin in moderner Verpackung einige Vorteile und kann als „Chinese drugs with all the benefits of modern science“ (Unschuld 1976: 311) beschrieben werden.



Abbildung 2: Medikamente von Hua



Abbildung 3: Medikament von Lian

Dennoch sollte nicht jedes chinesische Medikament, das gegen Menstruationsschmerzen wirkt, bei jeder Frau eingesetzt werden. Hier müsste eigentlich eine Diagnose gestellt werden (z.B. nach der Art der Schmerzen, Farbe und Konsistenz des Blutes). Im Beipackzettel tauchen Warnhinweise auf, die besagen, bei welchen Symptomen (z.B. helles Menstruationsblut, wässrige Konsistenz) die Einnahme des Medikamentes vermieden werden sollte. Fang meint auch, dass nicht jede Person jedes Medikament nehmen sollte: „Und eigentlich das hängt verschiedene Leute ab. Äh verschiedene Menschen ab, das heißt jede Mensch gibt's eine, vielleicht eine special case für ja.“ (Fang, Z 409-410)

Zusätzlich wird im Beipackzettel darauf hingewiesen, wann Wechselwirkungen mit anderen Präparaten, Medikamenten oder Nahrungsmitteln wie etwa Ginseng auftreten können. Von Nebenwirkungen ist dagegen keine Rede, stattdessen wird bei plötzlicher Veränderung der Symptome geraten, eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen.

Oft ist es sinnvoll auch bei der Einnahme von chinesischen Medikamenten in moderner Verpackungsform eine TCM-Ärztin bzw. einen TCM-Arzt aufzusuchen. Lian weist darauf hin, dass bei Veränderung der Symptome am besten Rücksprache mit dem Ärztin bzw. dem Arzt gehalten wird. Bei Veränderung und Regulierung im Körper könnte es nämlich sinnvoll sein, die Therapie mit einem anderen Medikament fortzusetzen. Problematisch ist das natürlich, wenn das Medikament in Österreich eingenommen, eine TCM-Ärztin bzw. ein TCM-Arzt aber nicht hier konsultiert wird (vgl. Kapitel 13.1). Wie soll in einem solchen Fall Rücksprache gehalten werden?

Lian ist die einzige, die ihre chinesische Medizin bei einem TCM-Arzt in Österreich kauft, denn auch wenn sie selber Medikamente aus China mitnimmt, ist er ihr Therapeut, den sie bei Menstruationsproblemen aufsuchte. Er hat Zugang zu chinesischen Medikamenten, die in Österreich nicht so leicht zugänglich sind:

Ich kenn sogar persönlich einen Arzt, der bei uns in der Nähe wohnt und der hat uns manchmal auch solche Sachen verschrieben. Und er importiert aus China, aber Chinesische Medizin, die dann auch in Tablettform oder gemacht wird, die sind dann leichter zu importieren, ahm also Chinesische Medizin auch in Tabettsform oder auch in viel praktischeren Verpackungen und da gibts zum Beispiel auch unterschiedliche Medikamente, die schauen ähnlich aus und haben ähnliche Zutaten aber sind dann unterschiedlich in der Wirkung. Und das steht dann alles auf der Packung drauf. (Lian_1, Z 383-390)

Folgende Tabelle zeigt welche chinesischen Medikamente in moderner Verpackung von den Interviewpartnerinnen genannt bzw. verwendet werden. Ich werde im Folgenden einige dieser Medikamente genauer besprechen.

Tabelle 3: Chinesische Medikamente

| Medikament | AI | Cui | Xue | Xing | Lian | Hua | Dan | Bai | Mai | Yang | Qiao |
|---------------------------------|----|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|------|------|
| <i>wu ji bai feng wang</i> | x | | | x | x | o | x | o | o | | |
| <i>tai tai kou fu ye</i> | | | | x | | | | | | | |
| <i>yi mu cao gao</i> | | | | o | | x | | | | | |
| <i>yuè yuè shū</i> | | | | o | | x | | o | | | |
| <i>yuanhuzhitong fensanpian</i> | | | | | x | | | | | | |
| <i>jiawei xiaoyao wan</i> | | | | | x | | | | | | |
| <i>tianqi tongjing jiaonang</i> | | | | | x | | | | | | |

x = Verwendung zur Selbstbehandlung, o = Nennung / bekanntes Medikament

Wu ji bai feng wang

Das mit Abstand am häufigsten genannte Medikament ist *wu ji bai feng wang*, auch als "Black Chicken White Phoenix Pills"⁴⁴ oder als „White Phoenix Form“⁴⁵ bekannt. Es genießt eine große Popularität in China und wird bei Menstruationsschmerzen, Irregularitäten der Menstruation und nach der Geburt angewendet.

Meine Interviewpartnerinnen gaben an, dass *wang* soviel wie Kugel oder Bällchen bedeute und das Medikament in Form von großen oder kleinen Kugeln erhältlich sei. Diese sind schwarz und das Medikament besteht aus den Knochen von *wu ji*, schwarzen Hühnern, die zwar weiße Federn haben, aber deren Haut und Knochen schwarz sind. Das Huhn selber ist auf dem Markt erhältlich und wird auch als Medizin in der Ernährung angewendet.

Die Tabletten werden jedoch als stärker in ihrer Wirkung eingeschätzt: „Nur diese Tabletten sind halt ähm sehr stark ähm wie heißt das äh da ist die Essenz drinnen quasi.“ (Lian_2, Z 240-241) Obwohl die Wirkung von *wu ji bai feng wang* sehr gut sein soll, wirkt sie scheinbar nicht bei allen: „...und dann finde ich diese die erstmal isses ziemlich wieder mal die Wirkung is zu schwach für mich, ich brauch etwas Stärkeres.“ (Fang, Z 386-388)

Das Medikament hat einen aufbauenden und regulierenden Charakter, und wirkt gut gegen Schwäche, die mit den Menstruationsbeschwerden einhergeht:

⁴⁴ <http://www.activeherb.com/wuji/> [5.3.2010]

⁴⁵ http://www.zhongrenhall.com/catalog/product_info.php?products_id=256 [5.3.2010]

Ahm, vor allem isses auch aufbauend sagt man, wenn man an also entweder ist man äh während der Regelzeit sehr schwach oder man hat gerade eine Geburt hinter sich oder sonstige Probleme mit mit dem Unterleib, dann kann man das nehmen, das baut irgendwie den Körper wieder auf, dass man wieder zum Beispiel ähm ein bisschen Röte im Gesicht hat oder so, ein bisschen lebhafter is. (Lian_2, Z 228-233).



Abbildung 4: Wu ji bai feng wang



Abbildung 5: Wu ji bai feng wang



Yuanhuzhitong Fensanpian

Dieses Medikament wurde mir von Lian gezeigt, sie hat es von ihrer Mutter bekommen, aber noch nicht verwendet. *Yuanhuzhitong Fensanpian* wird in Form von Dispersionstabletten verkauft. Das Medikament ist ein chinesisches Schmerzmittel, das sofort seine Wirkung entfaltet und gegen Magen-, Kopf- und Regelschmerzen helfen soll (vgl. Interview mit Lian_3). Das Medikament wird im Beipackzettel⁴⁶ mit folgender Wirkungsweise beschrieben: Harmonisiert das *qi*, belebt das Blut und wirkt schmerzstillend. Es ist bei Stagnation des Blutes und des *qis* einzusetzen und daher sowohl bei Regelschmerzen, als auch bei Magen- und Kopfschmerzen anwendbar. Hier wird die wichtige Bedeutung von *qi* und Blutzirkulation für Menstruationsschmerzen wesentlich.

Jiawei Xiaoyao Wan

Ein weiteres sehr populäres chinesisches Medikament, das gegen Menstruationsschmerzen hilft, wird mir ebenfalls von Lian gezeigt (vgl. Interview mit Lian_3). Die Medizin in Form von hundert Kügelchen wird mit Wasser eingenommen, dabei werden zwei Packungen täglich angeraten.

⁴⁶ Die Übersetzung sämtlicher Beipackzettel erfolgte durch die Projektmitarbeiterin Helena Stanek.

Lian erklärt mir, dass das Medikament bei länger andauernden Menstruationsbeschwerden verwendet wird, und auch gegen Stimmungsschwankungen hilft. In der Packungsbeilage wird jedoch lediglich unregelmäßige Menstruation als Anwendungsgebiet genannt.

Jiawei Xiaoyao Wan soll u.a. die Leber harmonisieren und stagnierende Hitze regulieren, Nervosität und Gereiztheit bekämpfen und unregelmäßige Menstruation regulieren, wie man dem Beipackzettel entnehmen kann. Hier ist wieder die Wirkungsweise der chinesischen Medizin als regulierend, ausgleichend und den Körper wieder in Balance bringend, zu beobachten.

Tianqi tongjing Jiaonang

Dieses Medikament wird mir ebenfalls von Lian mitgebracht, es besteht aus Kapseln mit hellgelbem Pulver. *Tianqi tongjing Jiaonang* bringt *qi* und Blut miteinander in Einklang, wirkt schmerzstillend und reguliert die Menstruation. Es wirkt bei Unterbauchschmerzen während der Menstruation und bei Regelbeschwerden, die durch Kälte verursacht werden (vgl. Beipackzettel).

Bestandteile und Rezepturen

Um chinesische Medizin zu erhalten, die individuell auf die eigene Konstitution abgestimmt ist, muss eine TCM-Ärztin bzw. ein TCM-Arzt aufgesucht werden. Aufgrund der Diagnose wird die Medizin individuell zusammengestellt und die Ärztin bzw. der Arzt verschreibt eine Rezeptur, die in der Apotheke (die meist in der Praxis der Ärztin bzw. des Arztes liegt) zusammengestellt wird. Die Medizin besteht aus pflanzlichen Ingredienzien, die manchmal mit tierischen Bestandteilen kombiniert werden. Diese Mischung muss dann von der Patientin mittels ein bis zwei-stündigen Kochens zubereitet werden und wird als Tee getrunken. Diese Art der Zubereitung ist umständlicher als die Einnahme chinesischer Medizin in moderner Verpackung oder westlicher Medizin (vgl. Lam 2001: 764). Die Einnahme erfolgt meistens über einen längeren Zeitraum, der Geschmack der Medizin wird als bitter beschrieben. T. P. Lam hat dies als Grund dafür festgestellt, dass die chinesische Medizin von manchen PatientInnen recht ungerne eingenommen wird (2001: 764).

Ai meint, dass sie von ihrem TCM-Arzt in China Medizin mitbekommen hat, die sie immer mit heißem Gelbschnaps, *huang jiu*, zusammen einnehmen müsse. Der Schnaps würde den Körper erhitzen, was mitunter auch zum Ausgleichen der *yin*-Kälte im Körper gedacht ist:

„...ganz Körper so, ganz Körper warm so viel Feuer...“ (Ai, Z 202-203) Diese Medizin hat die Menstruationsbeschwerden verbessert: „...fühl ich mich schon viel besser, von die Gefühl von die so wie mein ganz Körper ist schon ganz Ordnung, die Blut funktioniert...“ (Ai, Z 230-232) Die Behandlung hat sie aber dennoch zu früh abgebrochen, daher sind die Beschwerden nicht gänzlich verschwunden.

Hua hat auch chinesische Medizin in China verschrieben bekommen, die bis zu 20 verschiedene Kräuter sowie die Schuppen des chinesischen Schuppentieres (latein. *Manis pentadactyla*) enthält. Sie nahm 3,5 Kilogramm chinesische Medizin für eine Behandlung von drei Monaten mit nach Österreich. Die Schmerzen besserten sich für die nächsten vier Monate, sie kamen jedoch danach wieder. Auch Hua erklärt sich das damit, dass die Einnahme der Medizin zu kurz gedauert hat: „Das ist nicht genug, nur für 3 Monate.“ (Hua, Z 395)

Lian hat *ejiao*, „aus Eselhaut gewonnene schwarze Gelatine“ (Hempfen/Fischer 2007: 782), aus China mitgenommen, und trinkt diese Medizin in Form von Tee. Hua hat *ejiao* ebenfalls in China verwendet, es wird auch mit Sesam in Form einer Süßigkeit zubereitet.

Eine andere chinesische Medizin, die Hua in China bekam, beinhaltet die Plazenta einer Katze. Ihre Großmutter hat diese besorgt, zu einem TCM-Arzt gebracht und zu Medizin verarbeiten lassen. Die Medizin hat Hua im Alter von 15 Jahren in China eingenommen, ohne dass allerdings eine Wirkung erzielt wurde. Folgende Interviewpassage zeigt, wie Huas Großmutter die Therapie ihrer Enkelin übernimmt:

- IP: Von meiner Oma.
I: Ah okay.
IP: Äh (unv.) sie macht, sie hat äh gefragt, wer Katze hat (lacht)
I: Ja. (lacht)
IP: Wer schwanger Katze hat.
I: Ja. (lacht)
IP: Dann sie bleibt dort und äh mit vielleicht mit Arzt, dort bleiben, weil die Katze sch- leck, sch- äh isst sehr schnell das, solche Sachen, dann sie musste schnell (lacht) kommen.⁴⁷
I: Ja.
IP: Nach zum Arzt gehen, lassen dort ein bisschen mach, etwas machen, ja.
(Hua, Z 1024-1033)

Nur drei Interviewpartnerinnen geben an, chinesische Medizin aus individuellen Rezepturen nach Österreich mitgenommen zu haben. Wie bereits angesprochen (vgl. Kapitel 3.3) sind

⁴⁷ Die Plazenta (auch Mutterkuchen genannt) wird von den meisten Säugetieren nach dem Wurf der Jungen verzehrt.

Medikamente bewegbare Waren. Der Transport von chinesischen Medikamenten in moderner Verpackung erscheint einfacher als einige Kilogramm an chinesischen Kräutern nach Österreich mitzunehmen.

Neben der erschwerten Transportmöglichkeit der Medizin besteht auch noch der Nachteil, dass die TCM-Ärztin bzw. der TCM-Arzt während der Einnahme der Medizin nicht konsultiert werden kann, da sie/er sich in China und die Patientin sich in Österreich befindet:

Und äh ich habe auch eine Nachteil, weil wenn du, wenn ich in China bleibe, dann ich kann sagen Arzt was ich fühl, nach dem ersten Tag äh diese Medizin trinke, dann fühle ich ganz heiß, ja, ganz warm, und das soll ich Arzt sagen, dann der Arzt wird äh deine Medizin vielleicht äh anders geben, ja. Aber hier ich kann nicht sagen, ich habe nur vielleicht es passt, passt mir nicht oder (lacht). (Hua, Z 401-405)

Auch T. P. Lam weist in seiner Studie (2009: 764) darauf hin, dass die TCM-Ärztin bzw. der TCM-Arzt mehrere Male während der Behandlung konsultiert werden sollte.

Folgende Tabelle gibt einige der Inhaltsstoffe chinesischer Medizin an, die mir von den Interviewpartnerinnen genannt wurden:

Tabelle 4: Bestandteile chinesischer Medizin

| Bestandteile chinesischer Medizin | Ai | Cui | Xue | Xing | Lian | Hua | Dan | Bai | Mai | Yang | Qiao |
|---|----|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|------|------|
| Gelbschnaps (<i>huang jiu</i>) | x | | | | | o | | | | | |
| Gelatine aus Eselshaut (<i>ejiao</i>) | | | | | x | x | | | | | |
| Schuppen des Schuppentieres (<i>chuanshanjia</i>) | | | | | | x | | | | | |
| Nachgeburt eines Rehs (<i>zi Hé ché</i>) | | | | | | o | | | | | |
| Nachgeburt einer Katze | | | | | | x | | | | | |
| Rehmannia glutinosa (<i>dihuang</i>) | | | | | | x | | | | | |
| White Peony Root (<i>bái sháo</i>) | | | | | | x | | | | | |
| Angelica sinensis (<i>dang gui</i>) | | | x | | x | x | o | | | | |
| Ligusticum wallichii (<i>chuánxióng</i>) | | | | | | x | | | | | |
| Schneebergblume (<i>xue lian</i>) | | | | | | x | | | | | |
| Ingwer (<i>shengjiang</i>) | | x | | x | x | x | x | o | | | x |
| rote Dattel (<i>hong zau</i>) | | | x | | | o | o | | | | |
| Lotusblumensamen (<i>lian zi</i>) | | | | | | o | o | | | | |
| Tibetische rote Blume (<i>lóng yan</i>) | | | | | | o | | o | | | |

x = Verwendung zur Behandlung, o = Nennung / Wissen um die Wirksamkeit dieses Bestandteils

14.1.3. Nahrung als Regulativ

Wie in Kapitel 12.4 besprochen werden manchen Nahrungsmitteln von beinahe allen Interviewpartnerinnen medizinische und gesundheitliche Wirkungen oder Funktionen zugesprochen. Dabei werden sie in ihrer Wirkweise als regulierend und ausgleichend beschrieben.

Generell soll (v.a. während der Menstruation) nur warm gegessen und getrunken werden. „Aha und noch eines, essen. In unser Kultur sagt immer die kalte Sachen oder nicht warme Sachen sehr ungesund.“ (Cui, Z 851-852) Kalte und rohe Speisen werden als den Körper schwächend angesehen, und schaden deswegen dem Körpersystem. Das bezieht sich einerseits auf die Temperatur einer Speise. Andererseits ist die Qualität oder Natur, die Nahrungsmittel zugeschrieben wird (heiß, warm, kalt, sehr kalt) sehr wichtig für die Aufrechterhaltung der Balance im Körper bzw. die Behandlung von Beschwerden.

Dem liegt das Konzept der Harmonie, von der Balance von *yin* und *yang* zugrunde: *Yin* wird Nahrungsmitteln mit kalter Natur, *yang* jenen mit warmer Natur zugeordnet. Führt beispielsweise die Einnahme von Speisen mit heißer Qualität zu Beschwerden wie etwa Pickel, dann kann ein Ausgleich mit kalten Lebensmitteln die Balance im Körper wieder herstellen. Krankheit wird demnach als Imbalance von *yin* und *yang* verstanden und Gesundheit kann durch ein Wiederherstellen der Balance erreicht werden.

Wassermelone und Birne werden als Nahrungsmittel mit sehr kalter Qualität beschrieben. Hua erklärt sich das Auftreten starker Menstruationsbeschwerden dadurch, dass sie an einem Tag Wassermelone gegessen hat. Dadurch hat sie die *yin*-Kälte im eigenen Körper verstärkt.

Dr. Gao meint: „Aber durch richtige Ernährung die [Menstruations-]Schmerzen geht weg. Das ist auch Blockade durch falsche Essen, ja“ (Dr. Gao, Z 82-83) Sie als chinesische Ärztin betrachtet Menstruationsbeschwerden als Sprache des Körpers. Falsche Ernährung führt zu einer Imbalance, die der Körper dann über Schmerzen kommuniziert:

...weil die Schmerzen ist ein Körpersprache, der Körper sprechen mit ihnen, ja. Dann sagt er, das macht// ah, das mag nicht, das geht nicht, musst du ändern, aber dann macht eine Signal. (Dr. Gao, Z 89-91)

Zur Behandlung von Menstruationsbeschwerden sind vor allem erwärmende Nahrungsmittel wichtig. Zusätzlich spielen auch Nahrungsmittel eine Rolle, die eine blutbildende Funktion haben.

Wärmende Nahrungsmittel

Eine Verminderung von Menstruationsbeschwerden wird durch Nahrungsmittel, die eine warme Qualität aufweisen, erzielt. Das dahinter liegende Erklärungsmodell besagt, dass Frauen während der Zeit der Menstruation oft sehr viel *yin*, Kälte, im Körper haben und die Schmerzen dadurch verursacht werden. Deswegen sind Nahrungsmittel oder Speisen, denen eine warme Qualität zugeschrieben werden, wichtig zum Ausgleich und zur Regulation des *yin-yang*-Verhältnisses. Vor allem im Winter wird von Frauen Kälte noch stärker empfunden, da sie eher *yin* zugeordnet werden. Deswegen ist es gerade im Winter wichtig wärmende Speisen zu sich zu nehmen: „Frauen und Männer hat verschiedene Struktur äh von Körper ... in im im weil normalerweise im Winter Frau immer ein bisschen kalt...“ (Xue, Z 589-591) Auch Dan meint, dass Frauen im Winter verstärkt Kälte empfinden:

He [the Chinese doctor] will tell you for example your body is too yin and then for example the äh yin and the ... yin cold, like that, give you the characters. Fixed that. And they you will know äh exactly what your body is system, system and then you follow this to find the certain warm food to and just. So that's a very popular idea. And like the woman, woman normally in the winter they feel cold, in the winter or something. (Dan, Z 1200-1205)

Ein weiteres Erklärungsmodell für Menstruationsbeschwerden wird von Bai erläutert. Sie meint, dass *jing luó*, die Meridiane oder Leitlaufbahnen, für die Regulierung im Körper zuständig sind. Diese hängen wiederum mit der Monatsblutung zusammen. Während der Menstruation hätte die Frau meist einen Überfluss an *yin*, bei einer zu starken Blutung hingegen wäre *yang* im Körper zu stark. Wesentlich ist bei einer Behandlung *yin* und *yang* wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Die Menstruation hängt auch mit anderen Organen wie z.B. der Leber und den Nieren zusammen. Die Funktionskreislehre spricht diese Verbindung an (vgl. Platsch 2005: 56). Dan, die als Ärztin in China praktizierte, erklärt, dass durch eine Nieren-*yin*-Schwäche ein kaltes Gefühl während der Menstruation ausgelöst wird, das dann mit wärmenden Nahrungsmitteln ausgeglichen werden kann (Dan, Z 673-697).

Wärmende Nahrungsmittel unterstützen die Durchblutung im Körper und vermindern damit ebenfalls Schmerzen: „...in der Chinesischen Medizin sagt man, dann läuft das Blut durchläuft das Blut den Körper halt besser und dann hat man weniger Schmerzen...“ (Lian_1, Z 358-360)

Aus der Analyse sämtlicher Interviews zeigt sich, dass beispielsweise Lamm-, Hühner- und Kalbfleisch sowie Schweineleber wärmende Fleischsorten sind und gegen Menstruationsbeschwerden helfen sollen, Fisch als Nahrungsmittel mit kalter Qualität hingegen eher vermieden werden soll.

Hühnerfleisch wird einerseits eine erwärmende, andererseits eine aufbauende Qualität zugesprochen. Hühnersuppe soll sowohl bei Menstruationsbeschwerden als auch nach der Geburt gegessen werden. Eine besonders wirksame Hühnerart ist *wu ji*, auch Dunkel-, Schwarz- oder Seidenhuhn genannt, wie meine Informantin ausführt:

In unsrer Kultur sagt in unsrer gibt es ein Huhn, diese Huhn ist sehr speziell, die Huhn hat ganz weißes Feder, aber ganz schwarze Haut oder schwarz Knochen. Wir nennen diese Huhn Dunkelhuhn oder Schwarzhuhn, die in unsrer traditionellen Nahrung sagt diese Huhn diese Huhn, wenn man diese Huhn mit gojis, das ist ein chinesisches Medikament, wenn die beide kochen, das wird super gut für die Frauenkörper... (Cui, Z 800-805)

Wu ji wird häufig in Form einer Suppe, zusammen mit *goji* (gemeiner Bocksdorn, lat. *Lycii fructus*), Ginseng, Karotten, *dang gui* oder anderen chinesischen Kräutern zubereitet. *Wu ji* ist zudem auch Bestandteil des chinesischen Medikaments *wu ji bai feng wang*, das gegen Menstruationsbeschwerden helfen soll. Cui und Lian meinen, dass Männer hingegen *wu ji* nicht einnehmen sollten, da es sehr *yin* sei und sie deswegen schwächen könnte.

Goji und Ginseng werden auch als wärmend angesehen, sie werden häufig in Suppen mitgekocht. Aus *goji* kann aber auch einfach nur ein Brei hergestellt werden. *Dang gui* (chinesische Engelswurz-Wurzel), *hong zau* (rote Dattel) und *huang qi* (Astragaluswurzel) werden ebenfalls als wirksam gegen Menstruationsbeschwerden beschrieben. Sie werden oft in Kombination mit Suppen (v.a. Hühnersuppe) gegessen. Reis- oder Nudelsuppen mit chinesischen Kräutern, *hong zau* oder *goji* werden auch als schmerzlindernd beschrieben.

Ingwertee in Kombination mit rotem Zucker ist eine sehr populäre Methode um Menstruationsschmerzen zu vermindern oder vorzubeugen. Die meisten Interviewpartnerinnen kennen diese Methode und wenden diese an. „Ingwer so super, vielleicht in in alt Zeit in China, äh die die ja auch äh jetzt in China die alte Leute immer sagt, die Ingwer kann die ganz Körper warm machen...“ (Xue, Z 562-563) Die Wirkung von Ingwer (*sheng jiang*) wird als wärmend bis hin zu schweißtreibend beschrieben. Damit wird die im Körper vorhandene Kälte, die die Menstruationsschmerzen auslöst, ausgeglichen:

...there are characters for example ginger, ginger is äh warm, warm food. So it's äh, if you ähm if you we Chinese there goes, if they bleeding and they feel

painful, and then the mother will make the ginger soup, for her, because to warm up, here it's cold and then the woman, so that is very warm food. (Dan, Z 731-734)

Honig sollte als Süßungsmittel für den Ingwertee hingegen vermieden werden, da er eine kalte Natur aufweist. Ingwer kann genauso in Form einer Suppe gegessen werden. Eine taiwanesisches Interviewpartnerin erzählt, dass sie Ingwer mit Eiern und Sesamöl als Speise einnimmt. Laut Xue gibt es nun aber auch schon neue Rezepte mit Ingwer, wie z.B. Cola mit Ingwer, die sich im Internet finden.

Das Trinken von warmem oder heißem Wasser wird ebenfalls als gängiges Mittel bei Menstruationsschmerzen angewandt. Hierbei geht es zum einen darum, dem Körper Wärme zuzuführen um *yin*-Kälte auszugleichen. Zum anderen kann warmes Wasser auch innere Hitze beseitigen. Diese Hitze entsteht durch die Anstrengung des Körpers während der Menstruation, und kaltes Wasser würde den Körper noch mehr schwächen:

Weil ich merke auch, dass wenn ich während der Regel auch wenn ich mich sehr heiß fühle, dass ich doch lieber warme Sachen trinken sollte, weil das kühlt den Körper eigentlich mehr ab, weil wenn man sich irgendwie heiß fühlt und ähm kaltes trinkt, dann dann kühlt man das nicht wirklich, sondern der Körper fühlt sich eher ähm der wird noch mehr geschwächt, weil weil Hitze ist meistens auch ein Zeichen von ähm also dass der Körper sich schwer tut und man sollte nicht noch mehr halt reizen durch kalte oder scharfe Sachen und dann trink ich immer nur warmes Wasser oder ich koch warmes Wasser auf und mach mir nen Tee und wenn ich den getrunken habe, dann hab ich sozusagen das Ganze herausgeschwitzt und danach fühl ich mich halt nicht mehr so heiß. (Lian_2, Z 344-353)

Zusätzlich zu den erwärmenden und somit schmerzlindernden Nahrungsmitteln spielen auch Speisen eine Rolle, die eine blutbildende Funktion haben.

Blutbildende Nahrungsmittel

Manche Nahrungsmittel sind deswegen gegen Menstruationsbeschwerden hilfreich, weil sie das durch die Menstruation verlorene Blut im Körper wieder aufbauen. Erklärungsmodelle der TCM besagen, dass Menstruationsschmerzen durch eine Stagnation von *qi* und Blut ausgelöst werden (vgl. Cheng et al. 2008: 2589, Zhu et al. 2009: 159). Dabei wird durch den Blutverlust Imbalance im Körper ausgelöst, die in weiterer Folge Beschwerden auslöst (vgl. Furth/Shu-Yueh 1992: 30).

Ein Chinese aus Taiwan erzählte Cui beispielsweise, dass gebratene Schweineleber mit jungen Zwiebeln hilft, Blut im Körper wieder aufzubauen. Dan spricht von rotem oder schwarzem Reis, der speziell blutbildend wirken soll:

Chinese medicine, this is a very typical Chinese medicine äh yeah, most of them they say if the woman they bleeding, and they should the äh let the body äh develop to more blood. So all of the medicine or food, they should help you to ähm constitute a new blood. Get out a new blood. So it's a like there's a red, a black rice, yeah and there there's a lot of food is special for the blood. (Dan, Z 698-703)

Mai beschreibt *longan* als Frucht, die ebenfalls eine blutbildende Funktion hat. Die Verminderung der Menstruationsschmerzen soll durch den Aufbau von neuem Blut und damit einer verbesserten Blutzirkulation erzielt werden.

Folgende Tabelle listet jene Nahrungsmittel auf, die Menstruationsschmerzen lindern sollen, sei es durch ihre wärmende oder blutbildende Funktion. Sie werden von den verschiedenen Interviewpartnerinnen genannt bzw. selber verwendet:

Tabelle 5: Nahrungsmittel gegen Menstruationsbeschwerden

| Nahrungsmittel | Ai | Cui | Xue | Fang | Lian | Hua. | Dan | Bai | Mai | Yang | Qiao |
|--------------------------------------|----|-----|-----|------|------|------|-----|-----|-----|------|------|
| Ingwer (<i>sheng jiang</i>) | | x | | x | x | x | x | o | x | | x |
| Roter Zucker (<i>hong tang</i>) | | x | | x | x | x | x | | x | | x |
| Lammfleisch | | | | | x | o | | | | | |
| Kalbfleisch | | | o | | | | | | | | |
| Schweineleber | | o | o | | | | | | | | |
| Schwarzes Huhn (<i>wu ji</i>) | o | o | x | | x | o | | | | | |
| Hühnersuppe | | o | x | | x | x | o | o | | | |
| Nudelsuppe / Reissuppe | | | | | x | | | | | | |
| Gemeiner Bocksdorn (<i>goji</i>) | | o | x | | x | o | | | o | | |
| Rote Dattel (<i>hóngzǎo</i>) | | | x | | | o | o | | | | |
| Karotten | | | | | x | | | | | | |
| Astragularwurzel (<i>huang qi</i>) | | | | | | | o | | | | |
| Ginseng (<i>rén shen</i>) | | | | | x | o | | o | | | |
| Sesamöl | | | | | | o | | | | | x |
| <i>Longan</i> | | | | | | | | | x | | |

x = Verwendung zur Selbstbehandlung, o = Nennung und Wissen über die Wirksamkeit

14.1.4. Individuelle Strategien

Jede Frau entwickelt im Laufe ihres Lebens individuelle Strategien, mit Beschwerden umzugehen. Dabei ist die subjektive Erfahrung eine wesentliche Komponente, denn Methoden, die für eine Person wirksam sind, mögen bei einer anderen Person keine Wirkung erzielen. Die Entwicklung individueller Strategien und das Erkennen der Bedürfnisse des Körpers werden von einigen Interviewpartnerinnen als wichtig für den Umgang mit Menstruationsbeschwerden beschrieben:

...weil jeder Körper is irgendwie anders. Wenn ich vor der Regel viel Eiweißprodukte esse, wie zum Beispiel Milch oder Käse oder Fleisch, meistens ist es Käse, Joghurt, solche Milchprodukte, dann sind die Schmerzen bisschen weniger oder ich bin weniger nervös. (Lian_2, Z 296-299)

Lian hat durch langjährige Erfahrung herausgefunden, dass ihr Körper Eiweiß benötigt, damit Menstruationsbeschwerden und die damit verbundene psychische Labilität gelindert werden. Eiweiß hilft ihr, die verstärkte Belastung des Körpers durch die Menstruation zu verringern. Qiao hingegen spricht von Schokolade als dem Nahrungsmittel, das ihr zu Entspannung verhilft. Ai beschreibt sowohl schwarzen Tee als auch Kaffee als innerlich wärmende Getränke. Sie meint jedoch auch, dass Kaffee eigentlich während der Menstruation nicht gut, aber jeder Körper individuell sei und diese Getränke ihr eine Linderung der Beschwerden bringen würden.

14.1.5. Zusätzliche Maßnahmen

Als Maßnahmen, die ebenfalls gegen Menstruationsschmerzen helfen, werden Massage und Akupunktur beschrieben:

...bei ähm Menstruation äh wenn sie [die chinesischen Frauen] Schmerzen haben zum Beispiel, dann gehen sie zu einem TCM-Arzt, also lassen sie sich massieren und dann einige Mal, dann ist gut. Dann gehn die Schmerzen schon weg. Mhm. Es gibt so viele Punkte in diesem Bereich und können das eigentlich gut behandeln. (Bai_1, Z 501-505)

Akupunktur wurde auch von Lian als eine Maßnahme beschrieben, die ihr Arzt eigentlich gegen ihre Magenschmerzen anwendete, die allerdings auch die Menstruationsschmerzen linderte. Die Funktionskreislehre besagt dass Zusammenhänge zwischen Organen bestehen (vgl. Ots 1999: 227ff), und ihr Arzt diagnostizierte eine Verbindung zwischen ihren Magen-

und Menstruationsschmerzen, und behandelte letztere mit der Akupunktur gleich mit.⁴⁸ Die Aufgabe der Akupunktur ist es, Meridiane zu öffnen und Blockaden zu lösen, die die Schmerzen verursachen:

...weil diese Meridiane nicht äh nicht offen sind und ziehn sie halt stark, und ist eine starke Spannung da und wenn die Nad-, wenn die Nadeln öfters eben drinnen steckt oder länger, dann lässt sich diese Spannung und man hat auch weniger Schmerzen bei der Regel. Und es is wirklich so gewesen. (Lian_2, Z 380-384)

Neben Ruhe und Liegen wird auch die Wärmeflasche als schmerzlindernde Maßnahme beschrieben. Dabei wird der Wärme nachgesagt, dass sie das Blut verflüssigt und es dadurch schneller abfließen könne:

...Hi-Hitze machen zum Beispiel eine warme Flasche, nehmen sitzen, dann kommt die Blut wird sehr sehr flüssig und schnell weg, dann die Schmerzen auch weg. Diese Methode habe ich schon über acht Monat so ge-verwendet, ja, das funktioniert immer sehr sehr gut, das so kein Medikament und kein Schmerz. Aber viel Arbeit. (Cui, Z 618-622)

Die beschriebenen Maßnahmen werden von den zitierten Interviewpartnerinnen zusätzlich zu chinesischer oder westlicher Medizin angewendet.

14.1.6. Ärztliche Therapie

Bei Menstruationsbeschwerden werden entweder eine TCM-Ärztin bzw. ein TCM-Arzt, eine Gynäkologin bzw. ein Gynäkologe oder eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt aufgesucht. Die TCM-Ärztin oder der TCM-Arzt wird hauptsächlich bei einer Reise nach China besucht, nur eine Interviewpartnerin konsultiert einen TCM-Arzt in Österreich. Dieser verschreibt ihr bei Menstruationsbeschwerden Medikamente, die den Körper regulieren sollen, gibt ihr Ratschläge, welche Nahrungsmittel wärmend sind und daher eingenommen werden sollen, sowie welche sie vermeiden sollte. Bei einem Besuch in China konsultierte sie dort ebenfalls einen TCM-Arzt, allerdings wegen Magenschmerzen. Der Arzt erkannte während der Diagnose ihre Menstruationsbeschwerden und behandelte sie mit Akupunktur:

Und ich war eigentlich wegen Magenschmerzen bei einem chinesischen Arzt, und der hat mir eben mit Akupunktur das ähm geheil- geheilt und ich hatte so äh am Bauch hatte ich Nadeln und im Knie, unter dem Knie und er hat dann gesagt: Ich

⁴⁸ Eine ähnliche Vorgangsweise wird von Thomas Ots (1999: 160f) beschrieben: Eine Patientin litt an Menstruationsschmerzen, Zyklusstörungen, Völlegefühl und Übelkeit. Die Behandlung erfolgte mittels Akupunktur.

merke auch, dass du Regelschmerzen hast, und sollte ich dir das vielleicht auch gleich mit heilen. (Lian_2, Z 369-373)

Bei Menstruationsschmerzen oder dem Ausbleiben der Menstruation konsultiert sie aber auch ihre Gynäkologin: „Aber wenn ich ein Problem hab, dann such ich schon meine Frauenärztin auf, wenn ich zum Beispiel meine Regel nicht bekomme oder wenn ich Schmerzen empfinde, dann gehe ich schon zu ihr.“ (Lian_1, Z 754-756) Diese verschrieb ihr ein Hormonpräparat (Primosistan), durch das sie die Menstruation wieder bekommen sollte bzw. wollte Lian auch von sich aus die Pille (vgl. Kapitel 15) verschrieben bekommen um ihre unregelmäßige Menstruation zu regulieren. Lian nahm die Hormone ein, da sie Angst hatte, dass das Ausbleiben der Menstruation ein Hinweis auf eine Erkrankung sein könnte: „...ja ich fands schon gut, weil ich hab mir schon Sorgen gemacht, wenn ich die Regel nicht bekomme und was sein könnte, dass ich vielleicht irgenwelche Krankheiten hab, oder // Ja da werd ich dann schon leicht nervös.“ (Lian_1, Z 632-634)

Lian zieht hier also alle möglichen Optionen heran: Sie besucht sowohl einen TCM-Arzt in Österreich als auch in China und geht zur Frauenärztin, um Diagnose und Therapie zu erhalten. Dabei soll für sie die Gynäkologie bei starken Schmerzen oder Erwartung einer sofortigen Therapie zu helfen und wird zu Diagnosezwecken genutzt:

...hm entweder will ich halt wissen warum ich so starke Schmerzen hab, was ich dagegen tun kann und dass ich halt sofort Hilfe bekomme, ich erwarte nicht von ihm, dass ich jetzt längerfristige Tipps oder so bekomme oder er jetzt auf meinen Körper spezifisch äh ausgerichtete Rezept oder so, das kann er mir auch nicht geben, aber er kann mir halt so Medikamente empfehlen oder verschreiben, die im Moment helfen. Und ähm auch bei schwierigen Sachen, zum Beispiel Ultraschall oder so was, dann geh ich schon zu ihm. (Lian_2, Z 598-604)

Jedoch hat Lian nicht den Anspruch längerfristige Hilfe durch die Frauenärztin zu erhalten. Sie erklärt stattdessen den TCM-Arzt als dafür zuständig, ihr individuelle Rezepte zu verschreiben und Tipps zu geben, die sie in den Alltag einbauen kann.

Ai sucht bei einem Besuch in China einen TCM-Arzt auf, der ihr chinesische Medizin verschreibt, die sie weiterhin in Österreich zu sich nimmt. Auch sie sucht den Gynäkologen wegen ihrer starken Menstruationsschmerzen (und vor allem Blasenentzündungen) auf, da der Leidensdruck immer größer wird. Hua sucht ebenfalls in China wegen Menstruationsbeschwerden eine TCM-Ärztin bzw. einen TCM-Arzt auf, mit ihrem Gynäkologen hat sie dieses Problem noch nie besprochen.

Cui hat bei ihrem zweiten und letzten gynäkologischen Besuch die Pille gegen Menstruationsschmerzen angeboten bekommen. Jedoch hat sie diese verweigert und damit die ärztliche Therapie beim Gynäkologen abgebrochen. Die Menstruationsschmerzen waren allerdings nicht der Grund der Konsultation, sondern Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr (vgl. Kapitel 14.2.1).

Einige Interviewpartnerinnen z.B. Qiao, Xue und Mai suchen überhaupt keine Ärztin oder keinen Arzt auf, wenn sie Menstruationsbeschwerden haben. Bei Dan blieb die Menstruation für zwei Monate aus, sie suchte jedoch auch keine Ärztin bzw. keinen Arzt auf, stattdessen fragte sie eine Freundin um Rat, die Medizin studierte:

Then she [the friend] said: Oh okay, you just relax, wait. (lacht) There's no way because she suggested me not go to the doctor. Äh äh I have a sev- several friends, they got this Pille, it's not regular, then he go to see the doctor, and then ask to check this check that, do this, examination, that examination, and finally, nothing. Nothing, there you just stay wait (lacht). (Dan, Z 453-457)

Die Interviewpartnerinnen suchen ärztliche Hilfe nur dann auf, wenn sie den Eindruck haben, sie können ihre Menstruationsbeschwerden nicht ausreichend selber behandeln. Es werden entweder nur eine TCM-Ärztin bzw. ein TCM-Arzt, eine Gynäkologin bzw. ein Gynäkologe oder beide konsultiert. Dabei spielt eine Rolle, ob z.B. zur Gynäkologie bereits Zugang (wie über regelmäßige Kontrollen) besteht oder ob die Barrieren für den Zugang recht hoch sind. In diesen Fällen wird eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe nur bei sehr starken Menstruationsbeschwerden und der Angst um eine ernsthafte Erkrankung aufgesucht. TCM-ÄrztInnen sind dann eher AnsprechpartnerInnen, da chinesische Medizin auch eher bei chronischen Problemen eingesetzt wird, um Balance im Körper wieder herzustellen.

14.2. Andere gynäkologische Erkrankungen

Ich werde im Folgenden drei Erkrankungen aufgreifen, um anhand dieser den health-seeking process und die Nutzung unterschiedlicher Medizinsysteme zu beschreiben. All diese Fälle traten erstmals in Österreich auf. Die erste und zweite Fallbeschreibung über vaginale Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr sowie Myomen und Zysten enden in einer ausschließlichen Nutzung des westlichen Medizinsystems. Im dritten Fall bespreche ich den unterschiedlichen Umgang dreier Interviewpartnerinnen mit Blasenentzündungen. Ich werde nach den Fallbeschreibungen diese diskutieren und besprechen, warum die ersten zwei Fälle in einer ausschließlichen Inanspruchnahme des westlichen Medizinsystems resultierten, wobei die weiteren Fälle Komplementärnutzung zuließen.

14.2.1. Vaginale Blutungen und die lay referral group

Cui lernte ihren Ehemann in Österreich kennen, mit ihm hatte sie auch zum ersten Mal Geschlechtsverkehr. Nach dem Geschlechtsverkehr jedoch setzten starke vaginale Blutungen und Juckreiz ein. Ihr Ehemann fuhr sofort mit ihr in die Notfallambulanz des Allgemeinen Krankenhauses.⁴⁹ Dies war ihre erste gynäkologische Untersuchung, und ihr Ehemann übernahm die Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt. Die Diagnose lautete: Entzündung durch einen Pilz. Die Behandlung erfolgte medikamentös.

Die starken Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr erreichten sich jedoch noch sieben oder acht weitere Male. Cui erklärte die ersten beiden Male noch als normalen Bestandteil der ersten sexuellen Erfahrungen, die weiteren Blutungen sah sie jedoch durch körperliche Unterschiede ausgelöst:

...weil Menschen sind verschieden, mein Maß, mein Körper ein bisschen vielleicht zu eng für mein Mann und ich weiß nicht ob andere junge Frau nach dem ersten Mal Sex so machen, ob das auch so schlimm... (Cui, Z 290-292)

Ihre Mutter, die ebenfalls als Ansprechpartnerin konsultiert wurde, unterstützte dieses Erklärungsmodell. Cui suchte ihren aus China stammenden Hausarzt auf und fragte ihn ob ihre Hypothese möglich sei. Dieser meinte zwar, dass die Wahrscheinlichkeit dafür bestehe, verwies sie aber auf eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt:

...er sagt, ich muss zum Frauenarzt gehen, damit nichts passiert, weil wenn das wirklich etwas sehr große Problem, darf man nicht allein zuhause warten bis zum diese Krankheit bekommen, muss man etwas damit gegen. (Cui, Z 315-318)

Der Hausarzt verwies sie auf die gynäkologische Praxis, jedoch besuchte Cui nicht den vorgeschlagenen, sondern stattdessen den Gynäkologen einer Bekannten. Die Dringlichkeit des Problems und die Notwendigkeit eines gynäkologischen Besuches, die sowohl vom Ehemann als auch vom Hausarzt ausgesprochen werden, veranlassten Cui dazu ein zweites und damit letztes Mal einen Gynäkologen aufzusuchen.

Nach dem Geschlechtsverkehr hat sie manchmal immer noch Schmerzen:

...manchmal nach dem Sex, die zweite Tage, dritte Tage Unterbauch, das ist nicht so tut weh, aber so müde oder ich fühle da drinnen die Muskel kämpft... (Cui, Z 842-844)

⁴⁹ Die Studie von Birgit Babitsch, Theda Borde und Matthias David zeigt auf, dass die Inanspruchnahme gynäkologischer Notfallambulanzen neben Erbrechen/Übelkeit und ungeschütztem Geschlechtsverkehr am häufigsten wegen vaginalen Blutungen erfolgt (2008: 113).

Cuis Erklärungsmodell über die körperlichen Unterschiede verweist den Grund für die Blutungen auf eine äußere Ursache. Sie sah darin nicht ein Problem oder eine Krankheit, die innerhalb ihres Körpers liegt und die sie somit behandeln könnte. Sie erachtete daher therapeutische Maßnahmen als nicht notwendig. Die lay referral group spielt hier jedoch eine wesentliche Rolle: Denn ohne ihren Ehemann, der sie ins AKH brachte, und den Hausarzt ihres Vertrauens, der sie zur Gynäkologie verwies, hätte sie vermutlich keine gynäkologische Praxis aufgesucht.

In diesem Fall wird ausschließlich das westliche Medizinsystem genutzt, einzig und allein die Gynäkologie wird zum Referenzpunkt. Dies resultiert jedoch nicht aus den Erklärungsmodellen von Cui und von ihrer Mutter. Der Zugang zu den einzigen beiden gynäkologischen Untersuchungen (AKH, gynäkologisch Praxis) wird durch die lay referral group ausgelöst. Die Barrieren zur Gynäkologie waren so groß, dass Cui von sich aus vermutlich keine Frauenärztin bzw. keinen Frauenarzt aufgesucht hätte. Gefühle von Scham und Peinlichkeit führten dazu, dass Cui nach der Konsultation eines Frauenarztes keine weiteren Kontrollen mehr durchführen ließ. Das Vorhandensein der Barrieren verhindert für Cui den Zugang zur gynäkologischen Praxis. Solange sie keine ernsthafte Erkrankung vermutet, wird sie eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt nicht von sich aus aufsuchen.

14.2.2. „Das ist schon operationsbedürftig“

Bai hat sowohl biomedizinisches Wissen, da sie in China selber als Ärztin arbeitete, als auch Kenntnisse über traditionelle chinesische Medizin. Sie behandelt sich vorwiegend mit chinesischer Medizin selber v.a. bei Erkältungen, Verletzungen und diversen Erkrankungen. Sie sucht nur sehr widerwillig ÄrztInnen auf, und auch gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen lässt sie nur sehr unregelmäßig durchführen. Sie suchte erst einen Gynäkologen auf, als sie merkte, dass etwas mit ihrem Körper nicht in Ordnung war:

...also da ich ein bisschen Kenntnisse von der Medizin hab und da hab ich gesehen, äh das ist nicht in Ordnung deswegen bin ich zum Arzt gegangen und da daher so wurde ein Zyste entdeckt... (Bai_1, Z 280-282)

Die Zyste, die sich am Gebärmutterhals befand, musste operativ entfernt werden. Bai selber sah hier keine alternative Behandlungsmöglichkeit, da auch in China eine Operation nötig gewesen wäre. Nachdem allerdings die Zyste entfernt war, bildeten sich Myome in der Gebärmutter. Die Myome wurden anfangs überhaupt nicht behandelt, weder vom Arzt noch von Bai. Bai lehnte eine Hormonbehandlung ab und nahm überhaupt keine Medikamente

gegen die Myome ein. Sie meinte im Interview, dass Myome in China mit Hilfe von chinesischer Medizin und Akupunktur behandelbar gewesen wären.

Die Myome wuchsen sehr schnell, und mussten in weiterer Folge operativ entfernt werden. Dabei wurden allerdings nicht alleine die Myome, sondern die gesamte Gebärmutter entfernt:

Myome eigentlich würden in China wirklich so zuerst äh mit mit Kräutermedizin oder Akupunktur behandelt, ja, da damit diese Myome wieder zurückgehen, gö, ähm, aber hier also hier behandeln sie gar nicht wenn die Myomen da sind, ja also am Anfang so wenn sie klein sind machen sie überhaupt nichts, gö und wenn sie groß werden, dann setzen sie diese Hormonen und dann sind die meisten Frauen ganz ganz äh fertig, ja, weil sie also viele das nicht vertragen und weil der Körper das nicht akzeptieren von Grundregulation her, ähm und dann natürlich das das wichtige behand-, die wichtige Behandlung ist diese Operation, also ich hab das Gefühl hier schneidet man gerne, also ähm auch bei der anderen Krankheiten, also wir [ÄrztInnen in China] werden zuerst immer versuchen konserva- äh konservative Behandlung zu empfehlen und wenn das wirklich nicht geht mit allen andren Methoden nicht geht und auch so ein Risiko des Lebensbedroh-, der Lebensbedrohung besteht, dann werden wir die Operation vorgeschlagen, ja, vorschlagen, aber ansonsten wirklich nicht so. (Bai_1, Z 172-185)

Bai schob sich einerseits selber die Schuld für das starke Wachstum der Myome zu, denn sie hätte früher einen Arzt konsultieren und auf einer Behandlung bestehen sollen. Sie betont mehrmals, dass das an ihrer „Schlampigkeit“ liegen würde. Sie geht ansonsten auch ungern zu ÄrztInnen, sondern zieht das Abwarten einer diagnostischen Abklärung vor:

Äh bei Zyst- bei den Zysten kann ich nicht, da- das ist schon Operations äh bedürftig, ja, also bei Myome oder so was äh äh das war meine Schlampigkeit, ich ich sollte schon früher gehn und ich bin nicht früher gegangen... (Bai_1, Z 292-294)

Andererseits weist sie auch dem Arzt die Schuld und damit die Verantwortung für das Wachstum der Myome zu:

Aber so wenn als er mich so entdeckt, also als er diese Myome bei mir entdeckt hatte, also in der Zeit könnte könnte er mich behandeln, aber er hat nicht, also ah ich muss ehrlich sagen ich hab auch nicht ernst genommen, weil ich dachte, also das wird nicht, also Myome ist nicht Schlimmes, ähm als als was anderes, nicht. Und dann hab ich äh hab ich eigentlich gewartet bei der anderen Krankheiten oder so was mach ich einfach zuhause, wenn man ähm wenn man zum Beispiel ähm verkühlt ist oder so was ja, und wenn man irgendwo eine Beschwerde hat wegen Schmerzen, Durchblutungsstörungen, Kreislaufprobleme oder so, das kann man schon zuhause behandeln, ja. (Bai_1, Z 304-312)

Bai nutzt hier ausschließlich das westliche Medizinsystem, sie sucht nur einen Gynäkologen auf, um ihr Problem zu behandeln. Sie selber ist zwar ausgebildete Ärztin für

Allgemeinmedizin in China, dennoch konsultiert sie nur ungern ÄrztInnen. Sie nutzt stattdessen ihr eigenes biomedizinisches Wissen zur Selbstdiagnose, ihre Kenntnisse über chinesische Medizin setzt sie normalerweise zur Selbstbehandlung ein.

Da sie ein körperlich ernsthaftes Problem vermutete, ging sie zu einem Gynäkologen. Die operative Entfernung der Zyste wäre auch in China „normal“ gewesen, jedoch die Gebärmutterentfernung wegen der Myome kritisiert sie. Sie zog keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten in Erwägung, die biomedizinische Behandlungsmethode – die Hormonbehandlung – lehnte sie ab, sie verwendete keine chinesische Medizin oder konsultierte eine TCM-Ärztin bzw. einen TCM-Arzt. Vor allem nachdem sie davon spricht, dass in China Kräutermedizin als Behandlungsmöglichkeit geholfen hätte, und sie selber einfachere Verletzungen oder Erkrankungen mit chinesischer Medizin behandelte, hätte man davon ausgehen können, dass sie auch hierbei bei eine TCM-Ärztin bzw. einen TCM-Arzt konsultiert oder mittels chinesischer Medizin eine Behandlung probiert hätte. Jedoch vertraute sie aufgrund der Aussage ihres Arztes darauf, dass vorerst keine Behandlung nötig wäre. Die Ernsthaftigkeit der Erkrankung kam also erst durch das rapide Wachstum der Myome und damit wurde eine medikamentöse Behandlung unmöglich. Bai meint, auch in China hätte man bei der Größe der Myome operieren müssen. So ließ sie die Gebärmutter entfernen, da sie selber keine Kinder mehr wollte und auch in den nächsten Jahren in die Wechseljahre kommen würde.

14.2.3. Drei Fälle von Blasenentzündungen

Die Blasenentzündung ist eine Erkrankung, die bei drei meiner Interviewpartnerinnen auftrat. Sie mag zwar nicht direkt als „Frauenkrankheit“ angesehen werden, jedoch ist die Entzündung im Unterleib zu lokalisieren, was einen Einfluss auf Erklärungsmodelle für die Ursache dieser Erkrankung hat: Ai und Qiao verbinden beide das Auftreten der Blasenentzündung mit Geschlechtsverkehr. Ich werde drei Fälle von Blasenentzündungen und die unterschiedlichen Behandlungsmethoden besprechen.

Qiao erzählt von zwei Blasenentzündungen, die bei ihr erstmals in Österreich auftraten. Sie vermutete beim ersten Auftreten der Symptome, dass sie eine Infektion hätte, und erklärte sich diese mit dem Geschlechtsverkehr. Sie suchte deswegen auch keine Ärztin und keinen Arzt auf, da die Schmerzen jeweils bereits nach einem Tag wieder verschwanden. Sie recherchierte im Internet, und behandelte sich aufgrund der gefundenen Informationen mit

viel Flüssigkeit (Tee, Wasser) und Joghurt selbst. Beim zweiten Mal jedoch besorgte ihr ihr Freund ein antibakterielles Medikament, das sie für kurze Zeit einnahm: „Eigentlich ähm er hat gesagt das muss zwei Wochen oder so bis ganz weg oder so, aber ich habe nicht (schluckt) alles, nur einige Tage.“ (Qiao, Z 418-419)

Lian konsultierte beim Auftreten einer Blasenentzündung die Mutter einer Freundin, die Apothekerin war, und nahm auf deren Anraten entzündungshemmende Medikamente und Blasentee (Solubitat) ein. Sie betrachtete die Blasenentzündung nicht als ernste Erkrankung:

Ich hab nur mit der Freundin geredet, weil für mich hat Blasenentzündung irgendwie nicht zu, nicht richtig zu Fraunkunde gehört, irgendwie war das so für mich so wie (kurze Pause) ja, ich hab vielleicht nicht aufgepasst oder so, aber es is nicht so ein ernsthaftes Problem oder so was. (Lian_2, Z 638-642)

Ai bekam vor drei Jahren sehr starke Unterbauchschmerzen, und da diese am Wochenende auftraten, wurde sie von ihrem österreichischen Ehemann und ihrer Schwiegermutter in die Notfallaufnahme des AKH begleitet. Nach einer einstündigen Wartezeit wurde zuerst eine gynäkologische Ultraschalluntersuchung zur Abklärung der Ursache durchgeführt. Die Unterbauchschmerzen wurden im Zuge der Untersuchungen als Blasenentzündung diagnostiziert. In den letzten ein bis zwei Jahren, und vor allem im letzten halben Jahr traten bei ihr mehrmals Blasenentzündungen auf. Diese war zur Zeit des Interviews ein aktuelles Thema in Ais Leben.

Ais Erklärungsmodell für das Auftreten der Blasenentzündung ist einerseits Geschlechtsverkehr. Sie meint, dass Blasenentzündungen bei ihr am Tag nach dem sexuellen Verkehr auftreten, und sich im Laufe des Tages von Unwohlsein bis hin zur Entzündung gegen Abend hin entwickeln. Diese Erklärung übernahm sie einem medizinischen Werk, das sie gemeinsam mit ihrem Ehemann las. Sie hat jedoch auch eine andere Erklärung für die Krankheitsursache, die Quelle hierfür ist ihre Hausärztin. Diese meinte, dass in Ais Blase jeweils noch ein Rest Flüssigkeit verbleibt, und dies dann für die häufige Entstehung von Entzündungen verantwortlich sei.

Ai behandelte die Blasenentzündung meistens mit Antibiotika, die sie vermutlich von ihrer Hausärztin verschrieben bekam. Sie betont, dass sie nicht gerne Medikamente einnimmt, außer es bestehe die Notwendigkeit. Bei der letzten Blasenentzündung verzichtete sie allerdings auf Antibiotika und nahm als Alternative viel Flüssigkeit zu sich. Diesen Tipp bekam sie von ihrer Schwiegermutter. Diese fungierte bereits öfter als Ratgeberin in Sachen Gesundheit. Sie meinte, die Füße sollen stets warm gehalten werden und Ai solle viel

Flüssigkeit zu sich nehmen um Blasenentzündungen vorzubeugen. Als Ai merkte, dass sie wieder eine Blasenentzündung bekam, hielt sie sich an die Ratschläge. Sie konnte die beginnende Blasenentzündung abwehren und aufgrund dessen ließ sie die Informationen ihrer Schwiegermutter in ihr Behandlungs-Repertoire einfließen.

Dennoch schienen die Behandlung mit Antibiotika, viel Flüssigkeit und das Warmhalten der Füße nicht nachhaltig zu wirken, und durch die häufigen Infektionen im letzten halben Jahr wurde der Leidensdruck stärker. Auf wiederholtes Anraten ihres Ehemannes und der Schwiegermutter entschloss sie sich, einen Gynäkologen aufzusuchen. Sie fragte ihre Schwiegermutter sowie ihre Schwägerin nach der Adresse einer gynäkologischen Praxis, und diese gaben ihr die Telefonnummer vom eigenen Frauenarzt. Ai vereinbarte zwei Mal einen Termin, hielt diese jedoch nicht ein. Die Unsicherheit, ob sie nicht doch eine ernsthafte Erkrankung hätte, wurde dann aber stärker. Zusätzlich traten noch starke Menstruationsschmerzen (manchmal gleichzeitig mit den Blasenentzündungen) auf. Die Angst vor der gynäkologischen Untersuchung musste angesichts der Notwendigkeit, die Ursache abzuklären, zurückgestuft werden: Sie suchte schließlich in Begleitung ihres Ehemannes den empfohlenen Frauenarzt auf, um die Ursache für die häufigen Infektionen abklären zu lassen. Einerseits spielte hier die lay referral group, bestehend aus dem Ehemann, der Schwiegermutter, der Schwägerin und der Hausärztin, eine Rolle, weil diese ihr dringend rieten, sich mit den Beschwerden an eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen zu wenden. Andererseits hatte Ai selber das Bedürfnis mehr Informationen einzuholen, und große Angst davor, dass etwas mit ihrem Körper nicht in Ordnung sei.

14.2.4. Diskussion

Die beiden ersten Case Studies weisen einen ausschließlichen Zugang zur Gynäkologie, und damit zum westlichen Medizinsystem auf. Sie sind beide Fälle, bei denen die Interviewpartnerinnen weder auf eigene Erfahrungen noch auf Erfahrungen des sozialen Umfelds zurückgreifen können. Die Erkrankungen tauchen erstmals in Österreich auf. Cui konsultierte mit ihrer Problematik nur aufgrund der lay referral group die Gynäkologie. Die Gynäkologie wurde dabei rein problemzentriert betrachtet, und der einzige Grund des Zuganges wurde in der Ernsthaftigkeit des Problems gesehen, der vor allem von der lay referral group belegt wurde.

Bai wurde nicht vom sozialen Umfeld gedrängt, sondern von dem subjektiven Wahrnehmen der Intensität ihres Problems. Dieses Wahrnehmen resultierte aus ihrer biomedizinischen

Ausbildung, die ihr das Einschätzen der Ernsthaftigkeit des Problems erleichterte. Wenn sie kein Problem vermutet, dann nimmt sie auch keine Therapie oder Medizin in Anspruch. Jedoch wenn eine Krankheit (wie die Zyste und später dann die Myome) operative Behandlung verlangt, dann sieht auch sie als Ärztin keine andere Möglichkeit.

Ein ganz anderes Beispiel ist die Blasenentzündung, die keinen Einzelfall darstellt, sondern von mehreren Interviewpartnerinnen genannt wurde. Hier gibt es diverse Möglichkeiten, wie die Frauen mit der Erkrankung umgehen: westliche, chinesische und alternative Medizin. Ai, die vorwiegend westliche Medizin nutzt, griff auch im Fall der Blasenentzündung auf Antibiotika zurück, erweiterte jedoch im Laufe des therapeutischen Prozesses ihre Behandlung auf alternative Maßnahmen. Qiao und Lian verwendeten beide alternativen Maßnahmen gemeinsam mit einem westlichen Medikament, das ihnen jeweils von der lay referral group empfohlen oder gegeben wurde.

Im Zuge des therapeutischen Entscheidungsprozesses spielt es eine Rolle, wo ein Problem zum ersten Mal auftritt, ob bereits eigene Erfahrungen mit einer Erkrankung bestehen und wie sich die lay referral group zusammensetzt. In Cuis Fall war es der (biomedizinisch geprägte) österreichische Ehemann und ihr Hausarzt aus China, der ebenfalls in westlicher Medizin ausgebildet war. Bai hatte ebenfalls eine westliche Medizinausbildung, auch wenn sie über Kenntnisse der TCM verfügte. Die genannten Fälle – vaginale Blutungen, Zysten und Myome und Blasenentzündungen – traten alle zum ersten Mal in Österreich auf: Deswegen sind sowohl die vorhandenen Ressourcen und strukturellen Bedingungen in Österreich als auch die sozialen Netzwerke, die genutzt werden, wesentlich. Eigene Erfahrungen sind nicht vorhanden und Wissen wurde in China in Bezug auf diese Probleme noch nicht erworben, daher kann bei der Therapiesuche nicht auf bereits bestehendes Wissen zurückgegriffen werden. Erfahrungen im und Wissen über den Umgang mit anderen Krankheiten müssen adaptiert werden bzw. wird die Hilfe und das Wissen des sozialen Umfeldes genutzt.

15. Verhütungsmittel als Medikamente

Verhütungsmittel haben eine klar und eindeutig definierte Funktion, für die sie produziert wurden: sie sind für die Empfängnisverhütung zuständig (vgl. Hofmann 1999: 145ff, Huber/Ochs 1994: 48ff, Ludwig 2008: 32ff). Jedoch werden sie nicht mehr nur im Zusammenhang mit ihrem Herstellungsgrund verwendet, sondern mitunter auch für andere

Zwecke eingesetzt. Das bedeutet, dass Vorstellungen und Wissen bewirken können, dass das Verhütungsmittel für einen anderen Zweck als seinen vorgesehenen eingesetzt wird. Zum einen können diese Vorstellungen aus dem Wissen um bestimmte Wirkungen oder erwünschte Nebenwirkungen des Medikaments resultieren, zum anderen aber auch aus anderen Vorstellungen, die beispielsweise in Körperkonzepten oder in einem anderen Medizinsystem wurzeln.

Die Pille kann durch ihre hormonellen Wirkstoffe als Medikament und therapeutisches Mittel gegen ein bestehendes Problem wie Menstruationsschmerzen eingesetzt werden (vgl. Zhu et al. 2009: 156). Das heißt, ihre Wirkungsweise wird von der ursprünglichen – der Empfängnisverhütung – abgekoppelt und sie wird als Therapie gegen andere Probleme empfohlen. Das Kondom hingegen stellt eine vorbeugende Maßnahme dar, um erst gar keine Krankheiten und Probleme (wie z.B. HIV-Aids oder HPV) zu bekommen (vgl. Hofmann 1999: 147, Ludwig 2008: 33).

Folgende Tabelle zeigt die Nutzung von Verhütungsmitteln meiner Interviewpartnerinnen:

Tabelle 6: Verwendung von Verhütungsmitteln

| Verhütungsmittel | Ai | Cui | Xue | Xing | Lian | Hua | Dan | Bai | Mai | Yang | Qiao |
|------------------|----|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|------|------|
| Kondom | x | x | | | x | x | x | | | x | x |
| Pille | | o | x | | o | | | | | | |
| Kalendermethode | | | | | | | x | x | | | |
| Keine Verhütung | | | | x | | | | | | | |
| Keine Angabe | | | | | | | | | x | | |

x = Verwendung als Verhütungsmittel, o = Verwendung als therapeutisches Mittel

Die Pille als therapeutisches Mittel

Die Pille wird von meinen Interviewpartnerinnen ganz klar als Medikament angesehen. Insofern wird die Pille entweder als Medizin gegen unliebsame Probleme wie Menstruationsschmerzen, unregelmäßige Menstruation oder zur Verschiebung der Regel eingesetzt, oder aber als Medikament mit Nebenwirkungen und Risiken wahrgenommen, das es besser zu vermeiden gilt:

I: Und nimmst du die Pille eigentlich?

IP: Na. Wir nehmen nur Kondom und keine solche Medikament. (Ai, Z 679-680)

I: Hast du schon mal was anderes [als Kondom] ausprobiert?
IP: Nein, Medizin hab ich nie probiert... (Hua, Z 1420-1421)

Wird die Pille als Therapie gegen Menstruationsbeschwerden eingesetzt, dann wird sie auch nur kurz angewendet: Zwei Monate war die längste angegebene Einnahmezeit. In einem Fall wurde sie sowohl als Verhütungsmittel als auch als therapeutische Maßnahme gegen Hautprobleme eingesetzt: Hier war die Einnahmezeit dementsprechend länger (circa ein Jahr), da der Hauptgrund der Einnahme die Verhütung war.

Der Pille werden also Nebenwirkungen, wie jedem anderen westlichen Medikament auch, zugeschrieben: Eine unerwünschte Nebenwirkung wird in der Zunahme an Gewicht gesehen: „Genau, diese Pillesachen, das hab ich, ich hab in China so gehört, die Leute äh sagt man nimmt das immer zunehmen.“ (Ai, Z 696-697)

Jedoch hat sich bei Ai diese Meinung durch ihren bereits relativ langen Aufenthalt in Österreich verändert. Sie weiß genau, dass die Pille nur über GynäkologInnen verschrieben wird, im Gegensatz zu China, wo mittlerweile die Pille in jeder Apotheke rezeptfrei erhältlich ist. Die Gynäkologin oder der Gynäkologe ist in Österreich sozusagen die/der GatekeeperIn zum Zugang zur Pille, aber sie/er hat auch das notwendige Wissen, da ja verschiedene Arten von Pillenpräparaten erhältlich sind:

Immer zu- zugenommen so, aber seit ich in Österreich ein neue Meinung über die Pille, weil ich habe immer gehört, man geht zu Frauenarzt, Frauenarzt stellt sich vor, welches besser und welche sogar gibt auch nicht zunehmen Pille. Und gibt auch gut, so verschiedene... (Ai, Z 699-702)

Ein sehr interessantes Erklärungsmodell für Ais Menstruationsschmerzen kommt von ihrer Mutter. Diese meint, dass Ai unter Umständen das Kondom nicht verträgt oder sogar darauf allergisch reagiert. Weiteres meint sie, dass die Schmerzen mit Hormonen und daher mit einer Imbalance von *yin* und *yang* zusammenhängen könnten. Denn das Kondom würde das Sperma blockieren und am Durchfluss hindern. Eine Frau (*yin*) bräuchte aber die männlichen Hormone (*yang*), die sich im Sperma befinden, und könnte aufgrund eines solchen Mangels dann Schmerzen entwickeln.

Es ist natürlich Menschen, die Mann und Frau und äh man so Sex oder so, wenn ein Kondom da ist, das ist irgendein Sachen so nicht wirklich, weil Frau die brauchen auch Männerhormon, manchmal so, deswegen mein Mutter meinte, die Kondom ist immer etwas ein so wie eine Wand (lacht etwas). (Ai, Z 790-794)

Ais Mutter ist davon überzeugt, dass ihre Tochter ein hormonelles Problem hat, das nicht nur ihre starken Menstruationsbeschwerden, sondern auch ihre starke Zunahme an Gewicht

auslöst. Als Lösung schlägt sie ihr vor, die Pille zu nehmen, da dann die männlichen Hormone ungehindert fließen könnten. In dem Erklärungsmodell steckt das Konzept der Harmonie: die Wiederherstellung der Balance von *yin* und *yang* ist nötig für die Heilung. Obwohl sie als Mutter eine sehr wichtige Rolle als Ratgeberin bei gesundheitlichen Problemen darstellt, stößt ihr Vorschlag nicht auf große Begeisterung. Zu sehr steht die Sorge ihrer Tochter, durch die Pille zuzunehmen, gegen ihren eigenen Vorschlag, dass sie mit der Pille und hormonelle Balance abnehmen könnte. Interessant ist, dass sie die Hormone hier lediglich im Sperma lokalisiert, nicht aber in der Pille selbst, die ja ein Hormonpräparat darstellt. Ai hat zwar ihr Erklärungsmodell des hormonellen Ungleichgewichts als Auslöser für ihre Menstruationsbeschwerden übernommen, aber als Therapie wendet sie andere Möglichkeiten als die Nutzung der Pille an (vgl. Kapitel 15).

Auch Cui wurde, allerdings von einer Gynäkologin, die Pille als Therapie gegen Menstruationsschmerzen vorgeschlagen. Jedoch möchte auch sie die Pille nicht einnehmen:

Eine ist mh, kann man diese Antibabypille nehmen, sie [die Gynäkologin] sagt, das hilft auch gegen die Schmerzen, aber ich, ich vertrauen diese Medikament nicht leider... (Cui, Z 552-554)

Die Pille hat sie jedoch schon einmal einen Monat lang ausprobiert. Der Grund hierfür war nicht etwa Empfängnisverhütung, sondern das Verschieben der Menstruation wegen einem Strandurlaub:

Ähm ich habe schon ein paar Mal genommen aber nicht Funktion ist nicht erfüllt, Antibabypille und auch nicht für Schmerzen, gegen Regel, sondern für die Verspätung für die Regel, weil damals mein Mann und ich Urlaub in China wir müs-, wir schwimmen in Meer, und diese Termin haben wir schon lange geplant und deswegen vorher ein Woche ich nehme diese Pi-, diese Medikament jeden Tag, damit mein Regel kommt später (lacht etwas). (Cui, Z 561-566)

Bai betont mehrmals, dass keine Frau die Pille freiwillig nehmen würde: „Sie nehmen überhaupt keine keine Pillen. Sie sie verwenden andere Verhütungsmethoden.“ (Bai_1, Z 443-444) Unter anderen Verhütungsmitteln versteht sie das Kondom oder die Kalendermethode.

Im Gegensatz dazu hat Lian selber die Pille als Maßnahme gegen unregelmäßige Menstruation und starke Menstruationsschmerzen verlangt. Sie hat dafür eine Gynäkologin aufgesucht, um sich ein Rezept für eine leichte Pille verschreiben zu lassen. Sie hat diese allerdings auch nur zwei Monate lang genommen, um die Unregelmäßigkeit ihrer Menstruation auszugleichen und die Schmerzen einzudämmen. Danach verlief ihrer

Einschätzung nach die Regel wieder „normal“, und die Pille benötigte sie nicht mehr. Die Schmerzen waren danach für sechs Monate verschwunden. Außerdem spricht sie von Nebenwirkungen, die sie ebenfalls dazu veranlasst haben, mit der Einnahme der Pille abzubrechen:

Ähm ich hab nicht so gern Pille genommen, weil ich gemerkt hab nach zwei Monaten, wo ich sie genommen hab, dass ich sie nicht so gut vertrag und dass ich danach als ich aufgehört hab und ähm psychisch ein bisschen instabil geworden bin... (Lian, Z 779-782)

Hua hat von einer Freundin gehört, dass die Pille gut für die Haut sein soll. Auch Xue hat die Pille mitunter gegen Hautprobleme eingesetzt. Ihr Hautarzt hat ihr dazu geraten, die Pille einzunehmen, und sie hat tatsächlich durch die Wirkung der Hormone eine Verbesserung gemerkt.

Die Pille als Verhütungsmittel (im Gegensatz zur therapeutischen Maßnahme) wird von fast allen Interviewpartnerinnen abgelehnt, denn sie wird als permanent einzunehmendes Medikament verweigert. Eine einzige Interviewpartnerin gibt an, die Pille als Verhütungsmittel verwendet zu haben, aber sie hat sie nach einem Jahr wieder abgesetzt, da sie die Wirkung der Hormone als „Chaos erzeugend“ beschreibt.

Zwar wird auch festgestellt, dass es verschiedene Arten an Pillen gibt, und eine Marke bestimmt passend wäre, aber die Risiken werden dann doch lieber vermieden. Die hormonelle Wirkung der Pille wird öfters als Hinderungsgrund für die Verwendung angesprochen:

Weil ähm na jetzt möchte ich Pille haben, aber ich habe von einer Kollegin gewusst, es muss ungefähr drei Monate zu also zu Körper zu passen diese, Hormon, zu und ich den- danach, danach möchte ich nicht mehr Pille haben, weil ich gehe drei Monat spät zurück nach Taiwan und nach den drei Monate brauche ich nicht mehr und aber inzwischen diese drei Monate muss ich auch also Gummi haben und dann denke ich, das ist gleich. Dann mach- nehme ich nicht. (Qiao, Z 575-580)

Qiao meint, dass der Körper sich erst auf die hormonelle Umstellung einstellen müsse. Auch Dan sieht die Pille als stark wirkendes Medikament: „...this medicine is also will bring you a lot of biofunction or something“ (Dan, Z 1026-1027).

Die Angst vor Nebenwirkungen, die Schwierigkeit der Auswahl einer passenden Pille und die Anpassungszeit des Körpers sowie die Hormone selber werden als Gründe genannt, die Pille als Verhütungsmittel lieber zu vermeiden.

Da erfüllt das Kondom eindeutig eine bessere Funktion, da es nicht nur die Empfängnisverhütung gewährleistet, sondern auch eine vorbeugende Maßnahme darstellt: man schützt sich vor Bakterien und Krankheiten.

Kondom als vorbeugende Maßnahme

Das Kondom wird von fast allen Interviewpartnerinnen als Verhütungsmittel verwendet. Der Vorteil des Kondoms wird – über die Empfängnisverhütung hinaus – im Schutz vor Bakterien, Viren und somit Erkrankungen gesehen:

Mh, weil Kondom ist wenig mit Körper zu tun, und das ist nicht nur wegen Antibaby zu tun, und das ist auch wegen Sauberheit, weißt du, weil normalerweise, bevor Sex wir waschen extra gut aber aber Virus oder schmutzig Sachen vielleicht einmal waschen die geht nicht weg und das weiß man auch nicht. Deswegen nehmen Kondom ist für doppel Sicherheit. Natürlich ich meine solche Krankheiten ni- nicht sexuell Krankheiten, aber zum Beispiel ein normaler so Pilz oder normaler so Virus, das schadet schon schon genug. Deswegen, ja Kondom ist ja angenehm (lacht). (Cui, Z 592-599)

Cui hat das Konzept der Sauberkeit von ihrer Mutter übernommen. Diese meint „wenn man brav und sauber, dann wird immer gesund bleiben“ (Cui, Z 452) Diese Sauberkeit ist sowohl bei der Körperpflege als auch beim Sex zu beachten, um Krankheiten zu vermeiden:

...sie [die Mutter] sagt die gut waschen und so, sauber ist die Wichtigste, und und die zweite ist die ähm beim Sex äh sauber und ordentlich Sex machen, das ist sehr sehr, also normal Sex machen, das ist sehr wichtig. Sie sagt, wenn die beide Sache, die als ein Frau gut kontrollieren, dann braucht man ganzes Lebensjahr kein Arzt (Cui, Z 545-549)

Lian findet die Verwendung des Kondoms wichtig, auch wenn man die Pille nimmt „weil das eben gegen viele Krankheiten schützt.“ (Lian_1, Z 694) Sie sieht die Erkrankungen nicht in Form von AIDS, da man das ja nicht von seinem Partner erwarten würde. Es gibt aber auch so genügend andere Krankheitserreger, die Entzündungen auslösen können:

Zum is, oder wenn der Partner gerade irgendwelche Bakterien hat oder so, das weiß man ja nicht, dass muss ja nicht was schlimmes sein, aber es kann schon in der Scheide zu irgendwelchen also Ausfluss oder so was führen, was halt unangenehm is und auch weh tut manchmal, und wenn man das vermeiden will, dann sind Kondome schon sehr hilfreich. (Lian_2, Z 787-782)

Das Kondom ist also als Maßnahme anzusehen, um gynäkologischen Problemen vorzubeugen. Sowohl Lian als auch Cui verwenden biomedizinische Konzepte und Termini

wie Bakterien, Virus oder Pilz, um die Bedeutung des Kondoms als Vorbeugungsmaßnahme zu erklären. Cui spricht auch noch das ihrer Erläuterung zugrunde liegende Konzept von Sauberkeit beim Sex an.

Von manchen Interviewpartnerinnen wird auch noch die Spirale oder in einem Fall das Diaphragma als alternatives Verhütungsmittel zu Kondom und Pille genannt, jedoch weisen diese ihrer Meinung nach nicht den gleichen Schutz wie das Kondom auf. Bai meint, die Spirale wird erst nach der Geburt eingesetzt. Für Lian fällt diese Alternative dadurch weg, weil die Spirale über einen Zeitraum von bis zu fünf Jahre im Körper verbleibt und das bei der Familienplanung berücksichtigt werden sollte.

Diskussion: Nutzung von Verhütungsmitteln

Die United Nations zeigen in einer ausführlichen Auflistung den Gebrauch von Verhütungsmitteln weltweit auf (vgl. Tabelle 7). In China wird der Sterilisation (sowohl bei Frau als auch bei Mann) mit 37,9 % sowie der Spirale mit 44,9 % eindeutig der Vorzug gegeben. Die Pille schneidet mit 1,5 %, das Kondom mit 5,2 % ab (vgl. United Nations 2008). Che und Cleland (2003: 44) bestätigen mit ihrer Studie die Präferenz von Spirale und Sterilisation in China. Allerdings muss die Nutzung von Verhütungsmitteln auch mit dem Beziehungsstatus und der Familienplanung in Beziehung gebracht werden (vgl. Alder 2000: 182). Durch die Ein-Kind-Politik⁵⁰ ist es natürlich nötig, nach dem ersten Kind ein möglichst langfristig wirkungsvolles Verhütungsmittel (wie eben die Sterilisation oder bei Hoffnung auf die Aufhebung der Ein-Kind-Politik die Spirale) einzusetzen. Dadurch, dass meine Interviewpartnerinnen im Durchschnitt recht jung, da Studentinnen, und fast alle noch kinderlos waren, bestand noch nicht die Notwendigkeit einer sicheren langfristigen Verhütung (wie der Spirale). Deswegen ist die Nutzung des Kondoms auch die bevorzugte Methode bei jungen Leuten: „Compared with premarital contraceptive choices, a shift away from oral contraceptives and IUDs is seen along with a greater use of the condom.“ (Che/Cleland 2003: 50) Dies wurde auch bei meinen Interviewpartnerinnen deutlich.

Hinzu kommt natürlich noch, dass meine Interviewpartnerinnen Studentinnen sind, die ihre Karriere planen und die sich im Zustand des *migranthood* befinden – oft nicht wissen, ob sie

⁵⁰ Die Ein-Kind-Politik wurde 1979/80 in China eingeführt, für jedes weitere Kind ist eine Strafe von ca. 600 Euro zu zahlen und früher drohte sogar der Verlust der Arbeitsstelle. Die Höhe der Strafe ist vor allem für ärmere Leute eine große finanzielle Belastung. Jedoch hat sich die Ein-Kind-Politik insofern gelockert, dass wenn beide Elternteile selber Einzelkinder sind, sie zwei Kinder haben dürfen (vgl. Interview mit Hua, Fallmann 2008: 54).

ihre Zukunft in China (dem Land der Ein-Kind-Politik), in Österreich oder einem anderen Land verbringen möchten.

Das Kondom wird nun also als bevorzugtes Verhütungsmittel von meinen Interviewpartnerinnen verwendet, und es erfüllt gleichzeitig auch die Funktion einer vorbeugenden Maßnahme, die vor Krankheiten schützt. In Bezug auf Frauengesundheit ist das ein wichtiger Punkt: Denn mit dem Gebrauch des Kondoms wird nicht nur Geschlechtskrankheiten sondern auch anderen Infektionen wie HPV, Pilzerkrankungen etc. vorgebeugt.

Die Pille wird hingegen sehr selten von meinen Interviewpartnerinnen eingenommen, und wenn, dann nur als therapeutische Maßnahme. Sie machen sich dann bestimmte (Neben-) Wirkungen der Pille zu Nutze, um andere Probleme zu behandeln. Als Verhütungsmittel wird die Pille jedoch eher abgelehnt. In China werden die Pille und andere hormonelle Methoden ebenfalls eher vermieden, Grund dafür sind die Ängste um unerwünschte Nebenwirkungen wie Zunahme von Gewicht, gesundheitliche Risiken oder Verdauungsproblemen (vgl. Che/Cleland 2003: 46, 51).

| China (2004) | Bevölkerung in 1000ndern | 260.743 |
|-------------------------------|------------------------------------|----------------|
| Moderne Methoden | Spirale | 44,9 % |
| | Sterilisation | 37,9 % |
| | Kondom | 5,2 % |
| | Pille | 1,5 % |
| | Injektion oder Implantat | 0,3 % |
| | Barrieremethode | 0,2 % |
| Traditionelle Methoden | Kalendermethode, period. Abstinenz | - |
| | Coitus Interruptus | 5,1 % |

Tabelle 7: Nutzung von Verhütungsmitteln in China, Quelle: United Nations 2008

16. Resümee

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage welche Medizinsysteme chinesische Studentinnen in Österreich auf welche Art und Weise im Bereich der Frauenheilkunde nutzen. Wesentlich ist, dass der symmetrische Medizinpluralismus (westliche und traditionelle chinesische Medizin) in China sowie der strukturelle Rahmen, der sich in den Habitus (vgl. Kapitel 3.1.7) eingeschrieben hat, den Kontext für das health-seeking behaviour der Frauen darstellt. Die Nutzung der beiden Medizinsysteme in Österreich wird wesentlich mitbedingt durch Körperkonzepte, Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen der traditionellen chinesischen Medizin (z.B. Konzepte über *qi*, Balance von *yin* und *yang*), aber auch jener der westlichen Medizin (z.B. Vorstellungen über Krankheitserreger).

Medizinpluralismus bezeichnet die Koexistenz mehrerer Medizinsysteme innerhalb einer Gesellschaft. In China besteht ein symmetrischer Medizinpluralismus, das heißt dass das westliche und das traditionelle chinesische Medizinsystem gleichwertig nebeneinander bestehen. In Österreich ist von einem asymmetrischen Medizinpluralismus zu sprechen, da hier die Biomedizin das dominierende Medizinsystem darstellt, neben dem peripher weitere Medizinsysteme bestehen, so auch die traditionelle chinesische Medizin. Die neue Lebenswelt Österreich bedingt einen anderen Zugang zu Ressourcen. Diese Tatsache erschwert es den Interviewpartnerinnen Zugang zu chinesischer Medizin und zu TCM-ÄrztInnen zu bekommen.

Wie gehen chinesische Frauen mit von ihnen wahrgenommenen Problemen um? Die Stufen des health-seeking behaviours werden sowohl von Janzen (1978: 63) als auch von Kleinman (1980: 51f) in die Wahrnehmung der Symptome und Bewertung dieser als Problem, der Diagnose, dem Finden eines Erklärungsmodells und des Weiteren einer Lösungsmöglichkeit sowie schließlich einer Entscheidung über den therapeutischen Prozess untergliedert. Integratives health-seeking bezeichnet dabei die komplementäre Nutzung verschiedener Medizinsysteme (vgl. Lew-Ting 2005: 2111). Der Körper bildet dabei den Ausgangspunkt für die Wahrnehmung bestimmter Symptome, und diese wiederum bedingt die Reflexion und Bewertung der Symptome (vgl. Merleau-Ponty 1966: 239).

Die Interviewpartnerinnen greifen beim Auftauchen und der Wahrnehmung von Beschwerden auf Erfahrungen mit und Wissen über Behandlungsmethoden zurück. Dabei wird die Ernsthaftigkeit des Problems bewertet, und die Erkrankung meist im Populärsektor selber behandelt. Dies entspricht Arthur Kleinmans Aussage, dass 70 bis 90 % aller Erkrankungen im Populärsektor behandelt werden, das aus dem Individuum und der lay referall group

besteht (1980: 50). Im Populärsektor werden von meinen Informantinnen zur Behandlung chinesische oder westliche Medikamente sowie Nahrungsmittel verwendet. Westliche Medikamente werden von meinen Informantinnen entweder in Österreich oder in China gekauft, oder von der lay referral group weitergegeben. Es besteht die Möglichkeit chinesische Medikamente in Österreich bei einer TCM-Ärztin oder einem TCM-Arzt sowie in chinesischen Supermärkten zu erwerben. Alle Interviewpartnerinnen importierten chinesische Medizin von China nach Österreich. Dabei konnten sie Medikamente und Heilmittel mitnehmen, die sie kannten oder die ihnen von der lay referral group in China empfohlen oder mitgegeben wurde. Auch durch die Konsultation einer TCM-Ärztin oder eines TCM-Arztes in China und die Verschreibung einer Medizin, wird der Import dieser Medizin notwendig. Nur eine Interviewpartnerin kaufte auch in Österreich chinesische Medizin bei ihrem TCM-Arzt. Globalisierungsprozesse zeigen sich hier zum einen in der Verfügbarkeit aus China stammender Arzneimittel in Österreich, zum anderen in der Mobilität der Interviewpartnerinnen, die es ihnen ermöglicht Medikamente aus China mitzunehmen. Kommoditisierung bezeichnet die leichte Zugänglichkeit zu Informationen, Medikamenten und Arzneimitteln (vgl. Whyte 2002: 363). Dieses Konzept kommt im Zusammenhang mit der Beschaffung von Medikamenten und Informationen über Symptome, Erkrankungen, Heilmittel, Pharmaka etc. bei meinen Interviewpartnerinnen zum Tragen. Hier wird auch die Bedeutung der Kommoditisierung im Zusammenhang mit dem Populärsektor deutlich: Der Zugang zu ÄrztInnen als autorisierte Personen und als gatekeeper zu Medizin kann umgangen werden (vgl. Janzen 2002: 156), die Behandlung kann dadurch zum Teil in den Populärsektor verlagert werden. Weiters sind Medikamente mit bestimmten Informationen und Bedeutungen verbunden (vgl. Whyte 2002: 31). Informationen darüber, welches Medikament, welche Maßnahme oder auch welche Nahrungsmittel die vorhandenen Beschwerden lindern oder heilen können, sind vor allem im Internet, aber auch in anderen Medien und Beipackzetteln von Medikamenten erhältlich. Die lay referral group spielt zudem eine wesentliche Rolle für das health-seeking behaviour von AkteurInnen, da sie Informationen oder Medikamente und Heilmittel weitergibt.

PatientInnen treten jedoch auch aus dem Populärsektor heraus, und in den professionellen oder Volkssektor ein (vgl. Kleinman 1980: 57f). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine der Interviewpartnerinnen zur Behandlung ihrer Beschwerden eine gynäkologische Praxis aufsucht, oder aber eine TCM-Ärztin bzw. einen TCM-Arzt konsultiert. Sie tritt dann jedoch

mit einer Diagnose, Informationen über ihre Symptome, verschriebenem Arzneimittel, und damit neuen Ressourcen (Wissen und Medizin) zurück in den Populärsektor.

TCM-ÄrztInnen werden von einigen Interviewpartnerinnen bei einem Besuch in China konsultiert. Lediglich eine Interviewpartnerin konsultierte in Österreich einen TCM-Arzt, die anderen hingegen wussten nichts über diese Möglichkeit oder zweifelten an den Kompetenzen von TCM-ÄrztInnen in Österreich. In China werden TCM-ÄrztInnen von den Interviewpartnerinnen auch nur aufgrund guter Referenzen oder bereits vorhandener Erfahrungen aufgesucht oder aber sie konsultieren diese in Krankenhäusern. Die TCM wird in China sowohl im Volksektor als auch im professionellen Sektor praktiziert.

Weiters konnte festgestellt werden, dass beinahe die Hälfte der Interviewpartnerinnen noch nie eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufgesucht hatte. Die Interviewpartnerinnen vertraten dabei alle die Ansicht, dass die gynäkologische Praxis nur bei ernsthaften Problemen aufgesucht werden müsse. Gynäkologische Probleme wurden dabei zum Teil mit Sexualität in Verbindung gebracht, und viele Interviewpartnerinnen sahen erst ab dem ersten Geschlechtsverkehr die Notwendigkeit bei Beschwerden GynäkologInnen aufzusuchen. Drei Interviewpartnerinnen suchten regelmäßig die gynäkologische Praxis auf, um Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen. *Die Einstellung der Mütter zur Gynäkologie beeinflusste die Einstellung der Töchter in einem hohen Ausmaß, was die Bedeutung der lay referral group verdeutlicht.*

Scham- und Angstgefühle wirken als Barrieren im Zugang zur Gynäkologie. Sind diese Barrieren bereits durch Erfahrungen mit der Gynäkologie abgebaut, wird eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe eher beim Auftreten von Beschwerden konsultiert. Sind jedoch nur negative oder keine Erfahrungen mit der Gynäkologie vorhanden, dann werden zuerst andere Möglichkeiten zur Behandlung von Beschwerden in Betracht gezogen. Lediglich bei einer wahrgenommenen Ernsthaftigkeit oder starken Symptomen wird die Gynäkologie trotz Barrieren aufgesucht. Lau bestätigt, dass subjektive Erfahrungen für den Entscheidungsprozess und damit für die Konsultation von ÄrztInnen eine wesentliche Komponente sind (vgl. Lau 1996: 111).

Die Wahrnehmung der Notwendigkeit gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Frauen um regelmäßig Kontrolluntersuchungen durchführen zu lassen. Studien wie z.B. von Gao et al. (2008), Jackson et al. (2002), Lin et al. (2005) und Ralston et al. (2003) bestätigen das. Die Studie von Green et al. (2006) zeigt, dass bei Barrieren im britischen Gesundheitssystem therapeutische Alternativen innerhalb der chinesischen Community gesucht werden. Einige meiner Informantinnen schoben den

Besuch bei ÄrztInnen wegen Barrieren im hiesigen Gesundheitssystem zwar auf, allerdings wurde als professionelle Alternative nur in einem Fall ein TCM-Arzt in Österreich konsultiert. Ansonsten erfolgten Selbstbehandlungen und Informationsaustausch im Populärsektor oder aber der professionelle Sektor der westlichen Medizin wurde aufgesucht. Der professionelle Sektor der traditionellen chinesischen Medizin wurde mit einer Ausnahme ausschließlich in China betreten.

Durch unterschiedliche Körperkonzepte, Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen von PatientIn und Ärztin bzw. Arzt kann es zur non-compliance kommen bzw. diese können als Barrieren den Zugang zur gynäkologischen Praxis verhindern (vgl. Binder-Fritz 2010: 196), wie der Fall von Cui zeigt (vgl. Kapitel 13.2.4 und 15): Die Konzeption ihrer Gynäkologin entsprach nicht ihren Vorstellungen der Behandlung ihrer Menstruationsbeschwerden. Diese verschrieb ihr die Pille zur Linderung der Schmerzen, die Cui nicht einnahm. Hormonelle Kontrazeption wird in China eher abgelehnt – laut den United Nations (2008) verwenden nur 1,5 % der Chinesinnen die Pille. Als Lösungsansatz und zum Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem sind transkulturelle Kompetenzen und interkulturelle Fortbildungen von ÄrztInnen und Gesundheitspersonal wesentliche Schlüsselfaktoren (vgl. Binder-Fritz 2003b, 2005, 2010).

Welche „Frauenkrankheiten“ nahmen nun die Interviewpartnerinnen an sich wahr? Zehn von elf Frauen nannten *Menstruationsbeschwerden* (Dysmenorrhoe, unregelmäßige oder aussetzende Menstruation). Drei Informantinnen gaben Blasenentzündungen, zwei Frauen Schmerzen beim oder nach dem Geschlechtsverkehr an, eine Informantin hatte Myome und Zysten, und zwei hatten Probleme mit starkem Ausfluss (vgl. Kapitel 14). Die Nutzung der Medizinsysteme hing stark von der Bewertung der Beschwerden ab.

Gynäkologische Erkrankungen wie Myome, Zysten, Infektionen oder vaginale Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr werden von den Interviewpartnerinnen als ernsthafte und akute Erkrankungen angesehen, die eine Behandlung im professionellen Sektor der westlichen Medizin erforderten. Dabei spielt nicht nur die eigene Bewertung, sondern auch die Meinung der lay referral group eine große Rolle. *Die Therapieauswahl reflektiert also die Entscheidungsprozesse des Individuums sowie der lay referral group.* Westlicher Medizin wird generell zugeschrieben, bei akuten Erkrankungen hilfreich zu sein, und diese Tendenz spiegelt sich auch innerhalb dieser Fälle wieder.

Menstruationsbeschwerden hingegen werden als chronische Probleme wahrgenommen, und Erklärungsmodelle für ihr Auftreten finden sich in der TCM. Schmerzen werden als Ausdruck

einer Imbalance von *yin* und *yang*, einer Stagnation der Blutzirkulation und von *qi*, sowie aufgrund des Blutverlusts angesehen. Die bevorzugten Behandlungen meiner Interviewpartnerinnen waren Selbstbehandlung mittels Nahrungsmittel und Speisen, die erwärmend und blutbildend wirken sollen, sowie (Selbst-)Behandlung mit chinesischer Medizin. Schmerzmittel oder orale Kontrazeption wurden nur von wenigen Interviewpartnerinnen kurzfristig oder bei starken Schmerzen eingesetzt. Dem unterliegt das biomedizinische Konzept des „Funktionieren-Müssens“ in einer globalen Leistungsgesellschaft. Zusätzlich wurden noch TCM-ÄrztInnen in China und in einem Fall in Österreich konsultiert. Nur wenige Interviewpartnerinnen besuchten GynäkologInnen in Österreich zur Diagnose und Behandlung ihrer Menstruationsbeschwerden. Meist fand eine Konsultation aus einem anderen Grund statt, die Menstruationsschmerzen wurden dann ebenfalls genannt. Die therapeutische Verordnung wurde dann nicht immer eingehalten, wenn z.B. die Pille als schmerzlindernde Maßnahme verordnet wurde. Nur eine Interviewpartnerin gab Menstruationsbeschwerden als alleinigen Konsultationsgrund an.

Verhütungsmittel wurden zusätzlich zur Prävention von Krankheiten oder als therapeutische Maßnahmen eingesetzt. Für die Prävention und zu Verhütungszwecken wurde das Kondom eingesetzt. Dem liegt das Erklärungsmodell zugrunde, dass Geschlechtsverkehr Frauenkrankheiten auslösen könne. Es wird nicht nur zum Schutz vor HIV-Aids eingesetzt, sondern vor allem um die Übertragung von Krankheitserregern und Viren zu verhindern, was ein westliches Erklärungsmodell darstellt. Die Pille kann hingegen als kurzfristige Behandlungsmaßnahme gegen Menstruationsschmerzen, unregelmäßige Menstruation und Hautunreinheiten eingesetzt werden, wird jedoch von fast allen Interviewpartnerinnen als Verhütungsmethode abgelehnt. Ein interessantes Erklärungsmodell tauchte hier auf: Das Kondom würde den Fluss von Sperma (*yang*) verhindern, und durch ein Übermaß an *yin* würden Menstruationsschmerzen und hormonelles Ungleichgewicht ausgelöst werden. Die Pille würde hier das passende Verhütungsmittel liefern um Menstruationsschmerzen vorzubeugen.

Es zeigt sich, dass die Interviewpartnerinnen *die Komplementärnutzung des traditionellen chinesischen und des westlichen Medizinsystems in Österreich weiterführen sowie diese durch die Heimreise nach China erweitert wird*. Dabei wird jenes Medizinsystem genutzt, das als am effektivsten für die jeweilige Krankheitsepisode bewertet wird (vgl. Foster/Anderson 1978: 250). Das integrative health-seeking (vgl. Lew-Ting 2005) stellt hier eine gängige

Methode dar, worauf der Titel dieser Arbeit verweist: „Wu ji bai feng wang, Parkemed und Ingwer“ bezeichnen die komplementäre Nutzung von Menstruationsbeschwerden mit Hilfe von einem chinesischem Arzneimittel, westlichem Pharmaka und Nahrungsmittel als Teilaspekt traditioneller chinesischer Medizin.

Meine Interviewpartnerinnen nutzten mehrere Ressourcen in Österreich und auch in China. Dabei spielten Möglichkeiten der Globalisierung wie das Internet, kostengünstige Flüge und skype (Gespräche mit der lay referral group in China) eine Rolle um auf Informationen und chinesische Medikamente zurückgreifen zu können. Die Erfahrungen, bereits erworbenes Wissen, Sozialisation, Körperkonzepte und Erklärungsmodelle sind wesentliche Einflussfaktoren im therapeutischen Entscheidungsprozess.

Treten unbekannte Symptome im neuen Lebensumfeld auf, müssen neue Informationen aus den Medien, dem Internet und von der lay referral group eingeholt werden, um die Erkrankung abschätzen, einordnen und behandeln zu können. Das neue Lebensfeld Österreich bietet zum Teil andere, zum Teil gleiche Ressourcen zur Behandlung einer Erkrankung an, jedoch haben die Interviewpartnerinnen auch die Möglichkeit, Ressourcen in China zu nutzen. Die Nutzung mehrerer Medizinsysteme dient nun einerseits der Überwindung von Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem und andererseits der optimalen Nutzung verschiedener Ressourcen. Jeder Fall bestimmt einen neuen Entscheidungsprozess, der die Auswahl für eine oder mehrere Maßnahmen innerhalb des Kontextes des Medizinpluralismus in Österreich und China nach sich zieht.

Der Informationsfluss durch die lay referral group und durch neue Medien (v.a. das Internet) sind ein wesentlicher Einflussfaktor, vor allem was die Bewertung von und Behandlungsstrategien in Bezug auf neue Symptome betrifft. Dafür liegen noch keine Erfahrungswerte vor, daher müssen Informationsquellen zur Bewertung herangezogen werden.

Ein Fall, den ich an dieser Stelle nochmals wiedergeben möchte (vgl. Kapitel 14.2.3) ist die Blasenentzündung von Qiao: Die Symptome tauchten erstmals in Österreich auf, ihre Wahrnehmung der Beschwerden konnte sie nicht mit Erfahrungen rückkoppeln, daher zog sie Informationen aus dem Internet und der lay referral group heran, und konnte mithilfe dieser eine therapeutische Entscheidung treffen. Dabei spielt auch eine Rolle, wie sich die lay referral group zusammensetzt.

Interessant wäre es in weiterer Folge der Frage nachzugehen, in wiefern die Herkunft der „lay experts“ (z.B. China oder Österreich) und damit deren Körperkonzepte, Gesundheits- und

Krankheitsvorstellungen, nun ein Individuum in ihren Entscheidungen beeinflussen. Die Beziehungen der einzelnen AkteurInnen der lay referral group zur Patientin (z.B. Ehemann, Mutter) spielen auch eine Rolle in dieser Einflussnahme. Eine Frage hierbei wäre, wie und ob diese Beziehungen sich als Machtverhältnisse entpuppen und der Körper hier zum Feld von Machteinfluss wird.

Die vorliegende Arbeit kann keineswegs repräsentative Ansprüche erfüllen, da Interviews mit elf Personen geführt wurden. Stattdessen versucht sie mittels qualitativer Methoden einen explorativen Zugang zu neuen Daten zu erlangen, um die Forschungsfrage zu beantworten.

Die Wahrnehmung stellte sich im Forschungsprozess als eine wesentliche Komponente heraus: Zum einen beschreibe ich in dieser Arbeit die subjektiven Wahrnehmungen, Bewertungen und die wahrgenommene Ernsthaftigkeit von Symptomen aus der Perspektive chinesischer Frauen. Letztere bestimmte in einem hohen Ausmaß den Zugang zur westlichen Medizin..

Es besteht noch viel Forschungsbedarf im Bereich der Frauenheilkunde über chinesische Migrantinnen und vor allem über Studentinnen. Mittlerweile sind zahlreiche Studien über Komplementärnutzung und health-seeking behaviour von chinesischen MigrantInnen vorhanden, jedoch beziehen diese sich vorwiegend auf generelle Tendenzen zur Nutzung verschiedener Medizinsysteme (vgl. Bishop 2009, Green et al. 2006, Lam 2001, Ma 1999, Wade/Chao/Kronenberg 2007). Diese Studien sind vermehrt im englischsprachigen Raum durchgeführt worden. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch chinesische Migrantinnen wird ebenfalls in zahlreichen Studien besprochen (z.B. Gao 2008, Jackson et al. 2002, Lin et al. 2005, Ralston et al. 2003). Es mangelt also an spezifischen Studien zur Komplementärnutzung im Bereich der Frauenheilkunde, vor allem im deutschsprachigen Raum. Der nationale Kontext und die strukturellen Bedingungen verschiedener Staaten, bedingt Unterschiede zwischen chinesischen Communities (vgl. Wang 2000: 38). Es lohnt sich also, vergleichende Studien in verschiedenen Ländern über die chinesische Community anzusetzen.

Interessant wäre es auch zu bestimmten populären chinesischen Medikamenten Forschungen durchzuführen: über ihre Wirkweise, Informationen, die die öffentliche Meinung prägen (z.B. Magazine, Werbung), regionale Verbreitung und Rezeption etc. Studien über Komplementärnutzung sind auch für die Applied Medical Anthropology interessant, da diese in weiterer Folge darauf abzielen könnte, die compliance von chinesischen PatientInnen zu

erhöhen. Kulturelle Sensibilität und ein Wissen um Körperkonzepte und Erklärungsmodelle von PatientInnen ist ein notwendiger Schritt von ÄrztInnen, um Barrieren abzubauen und den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern. Interessant wäre hier auch im Sinne der Critical Medical Anthropology der Frage nachzugehen, inwiefern innerhalb der TCM eine Medikalisierung des Frauenkörpers durch monatelange Einnahme von chinesischen Medikamenten gegen Menstruationsbeschwerden geschieht.

Quellenverzeichnis

Bibliografie

AHERN, Emily M.

1978 Sacred and Secular Medicine in a Taiwan Village: A Study of Cosmological Disorders. In: Kleinman, Arthur et al. (Eds.): Culture and Healing in Asian Societies. Anthropological, Psychiatric and Public Health Studies, S. 17-39. Cambridge: Schenkman Pub. Company

ALDER, Beth

2000 Contraception Choice: A biopsychosocial perspective. In: Ussher, Jane M. (Ed.): Women's Health: Contemporary International Perspectives, S. 180-190. Leicester: British Psychological Society

ANDERSON, E. N. / ANDERSON, Marja L.

1978 Folk Dietetics in Two Chinese Communities, and its Implications for the Study of Chinese Medicine. In: Kleinman, Arthur et al. (Eds.): Culture and Healing in Asian Societies. Anthropological, Psychiatric and Public Health Studies, S. 69-100. Cambridge: Schenkman Pub. Company

ANDERSON, Ronald M.

1995 Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? In: Journal of Health and Social Behavior, Vol. 36, S. 1-10

ANDREAS, Adriane / BRENDLI, Reinhard (Hg.)

1998 Gesundheit. Der neue große Familien-Ratgeber. München: Gräfe und Unzer

ATTESLANDER, Peter

2000 Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: de Gruyter

BABITSCH, Birgit / BORDE, Theda / DAVID, Matthias

2008 Inanspruchnahme gynäkologischer Klinik-Notfallambulanzen: Zeigen sich Unterschiede nach Ethnizität? In: Borde, Theda / David, Matthias (Hg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt, S. 107-122. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

BAER, Hans A. / SINGER, Merrill / SUSSER, Ida

2003 Medical Anthropology and the World System. Westport, London: Praeger

BARNARD, Alan / SPENCER, Jonathan

2002 Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology. New York: Routledge

BEINFELD, Harriet / KORNGOLD, Efrem

2003 Traditionelle chinesische Medizin und westliche Medizin. Eine Zusammenführung. Grundlagen - Typenlehre - Therapie. Bern, München, Wien: Barth

BINDER-FRITZ, Christine

- 2003a Gender, Körper, Kultur. Ethnomedizinische Perspektiven auf Gesundheit von Frauen. In: Lux, Thomas (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology, S. 89-121. Berlin: Reimer
- 2003b Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich. In: Friebe, Jens / Zalucki, Michaela (Hg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege, S. 116-144. Bielefeld: Bertelsmann
- 2005 Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen: Inhalte, Zielsetzungen und Perspektiven von Aus- und Weiterbildungsprogrammen im Pflege- und Medizinbereich. In: Binder, Susanne / Rasuly-Paleczek, Gabriele / Six-Hohenbalken, Maria (Hg.): „Herausforderung Migration“. Beiträge zur Aktions- und Informationswoche der Universität Wien anlässlich des „UN International Migrant's Day.“ S. 227-239. Wien: Inst. für Geographie u. Regionalforschung d. Univ. Wien
- 2010 Transkulturelle Kompetenz der Pflegepersonen im Krankenhaus als Fortbildungsziel. In: Schnepf, Wilfried / Walter, Ilsemarie (Hg.): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl, S. 191-204. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag

BISHOP, Felicity L.

- 2009 Overseas Chinese students in the UK: Patterns and correlates of their use of Western and traditional Chinese medicine. In: Complementary Therapies in Clinical Practice, Vol. 15, S. 8-13

CHAN, Symphorosa / YIU, K. W. / YUEN, P. M. / SAHOTA, D. S. / CHUNG, Tony K. H.

- 2009 Menstrual problems and health-seeking behaviour in Hong Kong Chinese girls. In: Hong Kong Med, Vol. 15, No. 1, S. 18-23

CHE, Yan / CLELAND, John

- 2003 Contraceptive Use Before and After Marriage in Shanghai. In: Studies in Family Planning, Vol. 34, No. 1, S. 44-52

CHENG; Jui-Fen

- 2008 A traditional Chinese herbal medicine used to treat dysmenorrhoea among Taiwanese women. In: Journal of Clinical Nursing, Vol. 17, S. 2588-2595

CSORDAS, Thomas

- 1990 Embodiment as a Paradigm for Anthropology. In: Ethos, Vol. 18, No. 1, S. 5-47
- 1994 Embodiment and experience. The existential ground of culture and self. Cambridge et al.: Cambridge Univ. Press
- 2002 Body / Meaning / Healing. Basingstoke et al.: Palgrave Macmillan

CSORDAS, Thomas J. / KLEINMAN, Arthur

- 1996 The Therapeutic Process. In: Sargent, Carolyn F. / Johnson, Thomas M. (Eds.): Handbook of Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method. Revised Edition, S. 3-20. Westport: Greenwood

- DUDENHAUSEN, J. W. / SCHEIDER, H. P. G.
 1994 Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Berlin, New York: de Gruyter
- DUNN, Fred L.
 1976 Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems. In: Leslie, Charles (Ed.): Asian Medical Systems. A comparative study, S. 133-158. Berkeley: Univ. of California Press
- ERIKSEN, Thomas Hylland
 2001 Small places, large issues. An Introduction to Social and Cultural Anthropology. London et al.: Pluto Press
- FALLMANN, Roland
 2008 Ergrauende Einzelkinder, fehlende Frauen - Chinas Gesellschaft im Umbruch und Dimensionen sozialer Herausforderungen. Diplomarbeit Wien
- FISCHER, G.
 1994 Versorgungsprobleme ausländischer Patienten in der ambulanten praktischen Medizin. In: Illhardt, Franz Josef / Effelsberg W. (Hg.): Medizin in multikultureller Herausforderung. Workshop der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz am 4./5. Dezember 1992, S. 77-86. Stuttgart: Gustav Fischer
- FLICK, Uwe
 2007 Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohl Taschenbuch Verlag
- FOSTER, George M. / ANDERSON, Barbara Gallatin (Eds.)
 1978 Medical Anthropology. New York: John Wiley & Sons
- FREIDSON, Eliot
 1960 Client Control and Medical Practice. In: The American Journal of Sociology, Vol. 65, No. 4, S. 374-382
- FURTH, Charlotte / SHU-YUEH, Ch'en
 1992 Chinese Medicine and the Anthropology of Menstruation in Contemporary Taiwan. In: Medical Anthropology Quarterly, Vol. 6, No. 1, S. 27-48
- GAO, Wanzhen
 2008 Factors affecting uptake of cervical cancer screening among Chinese women in New Zealand. In: International journal of gynaecology and obstetrics, Vol. 103, No. 1, S. 76-82
- GOTTSCHALK-BATSCHKUS, Christine E. et al. (Hg.)
 1997 Frauen und Gesundheit. Ethnomedizinische Perspektiven. Curare Sonderband 11. Berlin: VWB
- GREEN, Gill / BRADBY, Hannah / CHAN, Anita / LEE, Maggie
 2006 "We are not completely Westernised": Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England. In: Social Science & Medicine, Vol. 62, S. 1498-1509

GREIFELD, Katarina

2003 Einführung in die Medizinethnologie. In: Greifeld, Katarina (Hg.): Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie, S. 11-38. Berlin: Reimer

GREIFELD, Katarina / SCHMIDT, Bettina E.

2003 Medizinische Systeme Süd- und Afroamerikas. In: Greifeld, Katarina (Hg.): Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie, S. 105-132. Berlin: Reimer

GUSHULAK, Brian D. / MACPHERSON, Douglas W.

2006 Migration Medicine and Health. Principles and Practice. Hamilton: DC Decker

HADOLT, Bernhard

2004 Zur Relevanz der Medical Anthropology: Beiträge und Herausforderungen für die Sozial- und Kulturanthropologie. In: curare, Vol. 27, No. 1+2, S. 9-26

HARMSSEN, Hans / BERNSEN, Roos / BRUIJNZEELS, Marc / MEEUWESSEN, Ludwien

2008 Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? In: Patient Education and Counseling, Vol. 72, No. 1, S. 155-162

HAUSER-SCHÄUBLIN, Brigitta

1991 Das Werden einer geschlechterspezifischen Ethnologie (im deutschsprachigen Raum). In: Hauser-Schäublin, Brigitta (Hg.): Ethnologische Frauenforschung. Ansätze, Methoden, Resultate, S. 9-37. Berlin: Reimer

HEIMER, Maria / THØGERSEN, Stig (Eds.)

2006 Doing Fieldwork in China. Kopenhagen: NIAS Press

HEMPEN, Carl-Hermann / FISCHER, Toni

2007 Leitfaden Chinesische Phytotherapie, einschließlich mineralischer und tierischer Arzneien. München: Elsevier, Urban & Fischer

HOFMANN, Hildegard

1999 Familienplanung. In: Hofmann, Hildegard / Geist, Christine (Hg.): Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Lehrbuch für Gesundheitsberufe, S. 145-156. Berlin, New York: de Gruyter

HOFMANN, Hildegard

1999 Symptome, Untersuchungsmethoden und therapeutische Ansatz in der Gynäkologie. In: Hofmann, Hildegard / Geist, Christine (Hg.): Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Lehrbuch für Gesundheitsberufe, S. 177-202. Berlin, New York: de Gruyter

HOFMANN, Hildegard

1999 Zyklusstörungen. In: Hofmann, Hildegard / Geist, Christine (Hg.): Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Lehrbuch für Gesundheitsberufe, S. 219-228. Berlin, New York: de Gruyter

HOFMANN, Hildegard / GEIST, Christine (Hg.)

1999 Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Lehrbuch für Gesundheitsberufe. Berlin, New York: de Gruyter

HUBER, J. / OCHS, H.

1994 Familienplanung. In: Dudenhausen, J. W. / Schneider, H. P. G.: Frauenheilkunde und Geburtshilfe, S. 48-58. Berlin, New York: de Gruyter

HUSSLEIN, P. / BERNASCHEK, G. / HUBER, J. C. / KUBISTA, E. / LEODOLTER, S. (Hg.)

2001 Lehrbuch der Frauenheilkunde. Gynäkologie, Band 1. Wien, München, Bern: Wilhelm Maudrich

JACKSON, J. Carey / DO, Hoai / CHITNARONG, Kamolthip / TU, Shin-Ping / MARCHAND, Ann / HISLOP, Gregory / TAYLOR, Vicky

2002 Development of Cervical Cancer Control Interventions for Chinese Immigrants. In: Journal of Immigrant Health, Vol. 4, No. 3, S. 147-157

JANZEN, John M.

1978 The Quest for Therapy. Medical Pluralism in Lower Zaire. Berkeley, Los Angeles, London: Univ. of California Press

2002 The social fabric of health. An introduction to medical anthropology. New York: McGraw-Hill

JIROVSKY, Elena

2006 "Eine natürliche Angelegenheit" – Ethnologische Untersuchungen zum Erleben von Menstruation und Menarche von Frauen in Wien. In: Austrian Studies in Social Anthropology, No. 2

KLEINMAN, Arthur

1980 Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley, Los Angeles: Univ. of California Press

KLEINMAN, Arthur / KUNSTADTER, Peter

1978 Introduction. In: Kleinman, Arthur et al. (Ed.): Culture and Healing in Asian Societies. Anthropological, Psychiatric and Public Health Studies. Cambridge: Schenkman Pub.

KOROUKIAN, Siran M.

2004 History of Women's Health in the United States. In: Loue, Sana / Sajatovic, Martha (Eds.): Encyclopedia of Women's Health, S. 3-13. New York: Kluwer Academic, Plenum Pub.

KREMSER, Manfred

1998 Von der Feldforschung zur Felder-Forschung. In: Wernhart, Karl R. / Zips, Werner (Hg.): Ethnohistorie. Rekonstruktion und Kulturkritik. Eine Einführung, S. 135-144. Wien: Promedia

KUTALEK, Ruth

2003 Medizinische Systeme in Afrika. In: Greifeld, Katarina (Hg.): Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie, S. 39-68. Berlin: Reimer

KVALE, Steinar

1996 *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing.* Thousand Oaks et al: SAGE Pub.

LAM, T. P.

2001 Strengths and weaknesses of traditional Chinese medicine and Western medicine in the eyes of some Hong Kong Chinese. In: *Epidemiol Community Health*, Vol. 55, S. 762-765

LANG, Sabine

1997 Wer oder was ist eigentlich homosexuell? Reflexionen über Gender Variance, Homosexualität und Feldforschung in indigenen Gesellschaften Nordamerikas. In: Schein, Gerlinde / Strasser, Sabine (Hg.): *Intersexions. Feministische Anthropologie zu Geschlecht, Kultur und Sexualität*, S. 67-110. Wien: Milena

LAU, Bernard W. K.

1996 Discussion Paper. When And How Patients Seek Medical Help? An Exploration In Hong Kong. In: *Hong Kong Practitioner*, Vol. 18, No. 3, S. 109-115

LEE, Christina

1998 *Women's Health. Psychological and Social Perspectives.* London: SAGE Pub.

LESLIE, Charles (Ed.)

1976 *Asian Medical Systems: A Comparative Study.* Berkeley, Los Angeles, London: Univ. of California Press

1976a Introduction. In: Leslie, Charles (Ed.): *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, S. 1-12. Berkeley, Los Angeles, London: Uni. of California Press

1976b The Ambiguities of Medical Revivalism in Modern India. In: Leslie, Charles (Ed.): *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, S. 1-12. Berkeley, Los Angeles, London: Univ. of California Press

LESLIE, Charles / YOUNG, Allan

1992 *Paths to Asian Medical Knowledge.* Berkeley, Los Angeles, Oxford: Univ. of California Press

1992 Introduction. In: Leslie, Charles / Young, Allen (Ed.): *Paths to Asian Medical Knowledge*, S.1-18. Berkeley, Los Angeles, Oxford: California Press

LEW-TING, Chih-Yin

2005 Antibioedicine belief and integrative health seeking in Taiwan. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 60, S. 2111-2116

LIN, Jennifer / FINLAY, Alyssa / TU, Angela / GANY, Francesca

2005 Understanding Immigrant Chinese Americans' Participation in Cancer Screening and clinical Trials. In: *Journal of Community Health*, Vol. 30, No. 6, S. 451-466

LUDWIG, Michael

2008 Kontrazeption. In: Janni, Wolfgang / Rack, Brigitte / Friese, Klaus: *Facharzt Gynäkologie*, S.25-40. München, Jena: Urban & Fischer

- LUX, Thomas
 2003 Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology. In: Lux, Thomas (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin - Medizinethnologie - Medical Anthropology, S. 10-30. Berlin: Dietrich Reimer
- MA, Grace Xueqin
 1999 Between Two Worlds: the Use of Traditional and Western Health Services by Chinese Immigrants. In: Journal of Community Health, Vol 24, No. 6, S. 421-437
- MAHLER, Sarah J. / PESSAR, Patricia R.
 2006 Gender Matters: Ethnographers Bring Gender from the Periphery toward the Core of Migration Studies. In: IMR, Vol. 40, No. 1, S. 27-63
- MARALDO, John C.
 1974 Der hermeneutische Zirkel. Untersuchungen zu Schleiermacher, Dilthey und Heidegger. Freiburg, München: Karl Alber
- MASCIA-LEES, Frances / BLACK, Nancy Johnson
 2000 Gender and Anthropology. Prospect Heights: Waveland Press
- MAYRING, Philipp
 2000 Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Dt. Studien-Verlag
- MERLEAU-PONTY, Maurice
 1966 Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: Walter de Gruyter
- MOORE, Henrietta
 1988 Feminism and Anthropology. Cambridge: Polity Press
- MURRAY, Michael / CHAMBERLAIN, Kerry
 1998 Qualitative Methods and Women's Health Research. In: Lee, Christina (Ed.): Women's Health. Psychological and Social Perspectives, S. 40-50. London: SAGE Pub.
- O'BRIEN, Kevin J.
 2006 Discovery, Research (Re)Design, and Theory Building. In: Heimer, Maria / Thøgersen Stig (Ed.): Doing Fieldwork in China, S. 27-41. Kopenhagen: NIAS Press
- OTS, Thomas
 1999 Medizin und Heilung in China. Annäherungen an die traditionelle chinesische Medizin. Berlin: Reimer
- PIEKE, Frank N.
 1998 Introduction. In: Benton, Gregor / Pieke, Frank N. (Eds.): The Chinese in Europe, S. 1-17. Houndsmills, New York: Macmillan Press, St. Martin's Press
- 2004 Transnational Chinese. Fujianese migrants in Europe. Stanford: Stanford Univ. Press
- PLATSCH, Klaus-Dieter
 2005 Die Fünf Wandlungsphasen. Das Tor zur chinesischen Medizin. München: Elsevier

POSTERT, Christian

2003 Medizinische Systeme Ost- und Südasiens. In: Greifeld, Katarina (Hg.): Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie, S. 69-104. Berlin: Reimer

PSCHYREMBEL, Willibald (Hg.)

1994 Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. Berlin, New York: de Gruyter

RALSTON, James / TAYLOR, Victoria / YASUI, Yutaka / KUNIYUKI, Alan / JACKSON, J. Carey / TU, Shin-Ping

2003 Knowledge of Cervical Cancer Risk Factors among Chinese Immigrants in Seattle. In: Journal of Community Health, Vol. 28, No. 1, S. 41-57

RIEGER, Barbara

2010 Lebensgeschichten von Chinesinnen in Wien. Psychosoziales Wohlbefinden aus der Perspektive kultur- und sozialanthropologischer Migrations- und Biografieforschung. Diplomarbeit Wien

ROSALDO, Michelle Zimbalist / LAMPHERE, Louise

1974 Introduction. In: Rosaldo, Michelle Zimbalist / Lamphere, Louise (Eds.): Woman, Culture, and Society, S. 1-16. Stanford: Stanford Univ. Press

RUBEL, Arthur J. / HASS, Michael R.

1996 Ethnomedicine. In: Sargent, Carolyn F. / Johnson, Thomas M. (Eds.): Handbook of Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method. Revised Edition, S. 113-130. Westport: Greenwood

SÆTHER, Elin

2006 Fieldwork as Coping and Learning. Heimer, Maria / Thøgersen, Stig (Eds.): Doing Fieldwork in China, S. 42-57. Kopenhagen: NIAS Press

SCHEIBLER, Petra / SCHMITT Annette

1997 Hidden Carers - Die besondere Rolle der Frau in der Gesundheitsselbsthilfe. In: Gottschalk-Batschkus, Christine E. et al. (Hg.): Frauen und Gesundheit. Ethnomedizinische Perspektiven, Curare Sonderband 11, S. 257-262. Berlin: VWB

SCHEPER-HUGHES, Nancy

1994 Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Critical Medical Anthropology. In: Borofsky, Robert (Ed.): Assessing Cultural Anthropology, S. 229-240. New York: McGraw-Hill

SCHEID, Volker

2002 Chinese medicine in Contemporary China. Plurality and synthesis. Durham, London: Duke Univ. Press

SCHLEHE, Judith

1987 Das Blut der fremden Frauen. Menstruation in anderen und in der eigenen Kultur. Frankfurt am Main, New York: Campus

SKELDON, Ronald

2007 The Chinese Overseas: The End of Exceptionalism? In: Thunø, Mette (Ed.): Beyond Chinatown. New Chinese Migration and the Global Expansion of China, S. 35-48. Kopenhagen: NIAS Press

SPRINGER, Lena

2004 Professionelle und kulturelle Positionierungen von Ärzten für chinesische Medizin aus der VR China in Wien. Diplomarbeit Wien

STATISTIK AUSTRIA

2009a Statistik des Bevölkerungsstandes. Bevölkerung am 1.1.2009 nach detaillierter Staatsangehörigkeit und Bundesland.

http://www.statistik-austria.at/web_de/static/bevoelkerung_am_1.1.2009_nach_detaillierter_staatsangehoerigkeit_und_bunde_036662.pdf [12.4.2010]

2009b Statistik des Bevölkerungsstandes. Bevölkerung am 1.1.2009 nach detailliertem Geburtsland und Bundesland

http://www.statistik-austria.at/web_de/static/bevoelkerung_am_1.1.2009_nach_detailliertem_geburtsland_und_bundesland_023841.pdf [12.4.2010]

STRASSER, Sabine / SCHEIN, Gerlinde

1997 Intersexions oder der Abschied von den Anderen. Zur Debatte um Kategorien und Identitäten in der feministischen Anthropologie. In: Schein, Gerlinde / Strasser, Sabine (Hg.): Intersexions. Feministische Anthropologie zu Geschlecht, Kultur und Sexualität, S. 7-32. Wien: Milena

THUNØ, Mette

2007 Introduction. Beyond ‚Chinatown‘: Contemporary Chinese Migration. In: Thunø, Mette (Ed.): Beyond Chinatown. New Chinese Migration and the Global Expansion of China, S. 1-34. Kopenhagen: NIAS Press

TOPLEY, Marjorie

1976 Chinese Traditional Etiology and Methods of Cure in Hong Kong. In: Leslie, Charles (Ed.): Asian Medical Systems, S. 243-271. Berkley, Los Angeles, London: Univ. of California Press

UNITED NATIONS

2008 World Contraceptive Use 2007

<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive2007.htm> [13.5.2010]

UNSCHULD, Paul U.

1976 The Social Organization and Ecology of Medical Practice in Taiwan. In: Leslie, Charles (Ed.): Asian Medical Systems, S. 300-316. Berkley, Los Angeles, London: Univ. of California Press

USSHER, Jane M. (Ed.)

2000 Women's Health: Contemporary International Perspectives. Leicester: British Psychological Society

- WADE, Christine / CHAO, Maria T. / KRONENBERG, Fredi
 2007 Medical Pluralism of Chinese Women Living in the United States. In: Immigrant Minority Health, Vol. 9, S. 255-267
- WALDRAUCH, Harald / SOHLER, Karin
 2004 Migrantenorganisationen in der Großstadt. Entstehung, Strukturen und Aktivitäten am Beispiel Wiens. Frankfurt am Main: Campus-Verlag
- WANG Gungwu
 2000 Joining the Modern World. Inside and Outside China. Singapur: Singapore Univ. Press
- 2007 *Liuxue* and *Yimin*: From Study To Migrantism. In: Thunø, Mette (Ed.): Beyond Chinatown. New Chinese Migration and the Global Expansion of China, S. 165-181. Kopenhagen: NIAS Press
- WEGGEL, Oskar
 1999 Das Auslandschinesentum. Wirtschaftsmotor und Inspirationsquelle. Hamburg: Institut für Asienkunde
- WEI, Bu
 2006 Looking for 'the Insider's Perspective': Human Trafficking in Sichuan. In: Heimer, Maria / Thøgersen, Stig (Eds.): Doing Fieldwork in China, S. 209-224. Kopenhagen: NIAS Press
- WHYTE, Susan Reynolds
 2002 *Materia Medica*. Ideen und Substanzen in verflochtenen Welten. In: Hauser-Schäublin, Brigitta / Braukämper Ulrich: Ethnologie der Globalisierung. Perspektiven kultureller Verflechtungen, S. 31-45. Berlin: Reimer
- WHYTE, Susan Reynolds / VAN DER GEEST, Sjaak / HARDON, Anita
 2002 *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge Univ. Press
- WOLF, Angelika
 2004 Einleitung. Medical Anthropology – Standortbestimmung in der deutschsprachigen Wissenschaftslandschaft. In: *curare*, Vol. 27, No. 1+2, S. 3-8
- WOLF, A. / ECKS, S. / SOMMERFELD, J.
 2007 Germany. In: Saillant, Francine / Genest, Serge (Eds.): *Medical Anthropology. Regional Perspectives and Shared Concerns*, S. 142-161. Oxford: Blackwell
- WOLF, Eric
 1991 *Die Völker ohne Geschichte. Europa und die andere Welt seit 1400*. Frankfurt am Main et al.: Campus
- WORSLEY, Peter
 1982 Non-Western Medical Systems. In: *Annual Review Anthropology*, Vol. 11, S. 315-348

ZHU, Xiaoshu / BENSOUSSANB, Alan / ZHUC, Lin / QIAND, Jing / XUE, Meiyang / ZHOUF, Chunxiang / CHAOG, Peixia / LOH, Singkai
2009 Primary dysmenorrhoea: A comparative study on Australian and Chinese women. In: Complementary Therapies in Medicine, Vol. 17, S. 155-160

Internet

www.atlasti.com [16.2.2010]: Atlas.ti

<http://www.youtube.com/watch?v=fvLeVSr8Ip0> [7.3.2010]: "2008-07-09 S.H.E - Yue Yue Shu 30 sec"

<http://www.schubertapotheke.at/TCgi/TCgi.cgi?target=home> [19.4.2010]: Schubertapotheke

<http://www.activeherb.com/wuji/> [5.3.2010]: Beschreibung des chinesischen Medikaments *wu ji bai feng wan*

http://www.zhongrenhall.com/catalog/product_info.php?products_id=256 [5.3.2010]: Beschreibung von *wu ji bai feng wan*

<http://derstandard.at/1262209664831/STANDARD-Interview-Wer-hier-studiert-hat-soll-hier-arbeiten-duerfen> [4.11.2010]

Standard: "Wer hier studiert hat, soll hier arbeiten dürfen" vom 15.1.2010

http://www.calsky.com/lexikon/de/txt/g/gy/gyna_kologie.php [8.11.2010]: Deutsche Enzyklopädie, Begriff „Gynäkologie“

E-Mail

Mail von Friedrich.Nitsch@statistik.gv.at, Statistik Austria, am 11.01.2010: Statistik chinesischer StudentInnen

Filme

FENG, Cong

2008 Ma dai fu de zhen suo (Dr. Ma's Country Clinic). Format: D-Cinema, 1:1.37, Farbe. Länge: 215 Minuten. Originalsprache: Mandarin

Interviews

Ai am 12.02.2009 in Wien

Bai_1 am 13.02.2009 in Wien

Bai_2 am 16.06.2009 in Wien

Cui am 19.02.2009 in Wien

Dan am 28.05.2009 in Wien

Fang am 02.06.2009 in Wien

Hua am 10.06.2009 in Wien

Hua am 11.06.2009 in Wien

Lian_1 am 19.06.2009 in Wien, geführt von Tanja Ruediger

Lian_2 am 24.06.2009 in Wien

Lian_3 am 25.06.2009 in Wien

Mai am 1.11.2009 in Wien

Qiao am 20.05.2009 in Wien

Xue am 01.07.2009 in Wien

Yang am 30.05.2009 in Wien

Dr. Gao am 13.08.2009 in Graz, geführt von Barbara Rieger

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abbildung 1: Häufigkeit der Konsultation der Gynäkologie | 97 |
| Abbildung 2: Medikamente von Hua | 115 |
| Abbildung 3: Medikament von Lian | 115 |
| Abbildung 4: Wu ji bai feng wang | 118 |
| Abbildung 5: Wu ji bai feng wang | 118 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1: Gynäkologische Probleme | 109 |
| Tabelle 2: Chinesische Medikamente | 117 |
| Tabelle 3: Bestandteile chinesischer Medizin | 121 |
| Tabelle 4: Nahrungsmittel gegen Menstruationsbeschwerden..... | 126 |
| Tabelle 5: Verwendung von Verhütungsmitteln | 138 |
| Tabelle 6: Nutzung von Verhütungsmitteln in China | 144 |

ANHANG

- I Offizielles Informationsblatt
- II Zusätzliches Informationsblatt
- III Soziodemografischer Fragebogen
- IV Leitfragebogen
- V Interviewübersicht
- VI Verwendete Transkriptionsregeln

Informationsblatt zur Datenerhebung „Frauen aus China: Gesundheitsversorgung in Österreich“

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie an der Medizinischen Universität Wien unter der Leitung von Frau Dr. Christine Binder-Fritz, führe ich als Projektmitarbeiterin Interviews mit chinesischen Frauen (1. und 2. Generation) in Österreich durch.

Zielsetzungen der Befragung

1. Dokumentation von Erfahrungen chinesischer Frauen im Kontext mit:

- a. Migration nach Österreich (1. und 2. Generation) und aktuelle Lebenssituation.
- b. Inanspruchnahme des österreichischen Gesundheitssystems
- c. Erfassen möglicher Zugangsbarrieren zu Vorsorgeuntersuchungen (zB. Gebärmutter-Krebsabstrich, Mammografie...).
- d. sexueller und reproduktiver Gesundheit (Menstruation, Familienplanung/Kontrazeption, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillen).
- e. Gesundheit, Krankheit und Heilung, insbesondere Nutzung traditioneller chinesischer bzw. asiatischer Therapien

2. Erarbeitung von spezifischen Bedürfnissen dieser Frauen im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich, sowie bei Familienberatung und psychotherapeutischer Betreuung (counselling).

3. Integration der Forschungsergebnisse in die Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen, Pflegepersonal, Hebammen und psycho-soziale Dienste.

Zur Erleichterung der Datenanalyse wird um die Zustimmung zur Aufzeichnung mittels Tonbands ersucht. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben dem Datenschutz und werden anonymisiert und vertraulich behandelt.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns bei dieser Studie unterstützen würden. Ihre Erfahrungen und Anregungen sind ein wichtiger Beitrag zu einer adäquaten und kultursensiblen Gesundheitsversorgung der chinesischen Bevölkerungsgruppe in Österreich. Für Fragen zu diesem Projekt steht Ihnen die Projektleiterin gern zur Verfügung.

Dr. Christine Binder-Fritz
Medizinische Universität Wien
Zentrum für Public Health
Tel. 42 77 – 634 – 35
e-mail: christine.binder-fritz@meduniwien.ac.at

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wien, Februar 2009

Informationsblatt zur wissenschaftlichen Studie „Asiatische Frauen und Gesundheit“

Projektleitung: Dr. Christine Binder-Fritz, Medizinische Universität Wien,
Zentrum für Public Health

Ziel des Projekts ist es, das österreichische Gesundheitssystem für asiatische Frauen zu verbessern.

**Dazu suchen wir für ein Interview Frauen aus folgenden Ländern:
CHINA, TAIWAN, THAILAND, KAMBODSCHA, LAOS, VIETNAM.**

Wir würden uns freuen, wenn Sie mit uns über Ihre Erfahrungen sprechen wollen.

Themen:

- Migration nach Österreich und aktuelle Lebenssituation
- Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem
- Gesundheit, Krankheit und Heilung (asiatische und westliche Medizin)
- Frauengesundheit

Bei Interesse oder weiteren Fragen kontaktieren Sie uns bitte einfach:

Astrid Glatz **a_glatz@gmx.at**

0650 2200567

Projektleitung: Dr. Christine Binder-Fritz christine.binder-fritz@meduniwien.ac.at
0699 81 68 00 32

Weitere Informationen finden Sie unter:
<http://www.fwf.ac.at/de/abstracts/abstract.asp?L=D&PROJ=V90>

Soziodemografischer Fragebogen Version 2 (26.5.2009)

Datum, Ort; InterviewerIn:

Name Informantin / Pseudonym :

Geb. Datum / Alter:

Adresse in Österreich:

Sprachen: Mandarin - Kantonesisch (Yue) – Wu - Taiwanesisch – Englisch – Deutsch -
.....

HERKUNFT:

In welchem LAND + ORT geboren?

Wo haben Sie Ihre Kindheit verbracht? farm - village - town - small city - big city

Lebt Ihre Familie auch in Österreich?

Wo leben Eltern? (falls verstorben – wann):

Wo / wie haben Eltern in Asien gelebt? farm - village - town - small city - big city

Wo leben Geschwister heute? (Land)

Wie viele gibt es ?

Wie viele Kinder hat ihre Mutter geboren ? n= männlich =..... weiblich =

(Vorsichtig)! Gab es auch Todesfälle?

Welche Nummer in der Geschwister-Reihe waren Sie?

Welcher Religion gehören Sie an?

Buddhismus – Christliche (röm. Kath - evangelisch -andere) – Islam – Andere – keine

Schulbildung:

Grundschule - Hauptschule College – University

Berufsausbildung:

a) im Herkunftsland

b) in Österreich

Berufstätigkeit

a) im Herkunftsland

b) in Österreich:

Familienstand: ledig – verheiratet – geschieden – verwitwet – in Beziehung lebend
(Mehrfachnennung möglich!)

Haushaltsform: Mietwohnung - Eigentumswohnung - Haus

Anzahl Personen im Haushalt:

Haben Sie Kinder - wie alt sind diese? (Anzahl: Alter:..... m + w)

Geburt im Herkunftsland – oder Österreich?

Migrationsgeschichte- Lebenssituation / Alltag in Österreich

- Wann + Warum sind Sie nach Österreich gekommen?
- Wie sind Sie nach Österreich gekommen?
- Lebt Ihre Familie auch in Österreich?
- Haben Sie noch Bezug zu Ihrem Herkunftsland; wenn ja, wie sieht dieser aus?
- Wie war die erste Zeit in Österreich?

Soziale Kontakte + Netzwerke

- *Wie oft treffen Sie sich mit Verwandten in Österreich?*
- *.. wie oft fliegen Sie nach Hause? Wann das letzte Mal? =*
- Wie schaut Ihr Freundeskreis aus (Haben Sie eher Kontakte zu ÖsterreicherInnen oder zu Menschen aus Ihrem Heimatland)?

- Gibt es hier in Wien Vereine/ Organisationen/ Treffen wo Sie öfters hingehen?
- Gibt es hier in Wien Vereine/ Organisationen/ Treffen wo Traditionen aus Ihrer Heimat ausgelebt werden können (z.B. Feste)?

GENDER – FRAU-SEIN

- Was bedeutet „Frau- Sein“ für Sie?
- Was bedeutet es eine „asiatische Frau“ in Österreich zu sein?

Leitfragebogen Version 5 (1.7.2009)

Menstruation

- ❖ erinnern Sie sich wann Sie die erste Menstruation bekommen haben? (Alter)
- ❖ Wie war das für Sie?
 - Wie haben Sie sich gefühlt, was haben Sie gedacht?
 - Waren Sie darauf vorbereitet? / Hatten Sie Infos über Menstruation?
- ❖ Haben Sie mit anderen Personen über die Menstruation gesprochen?
Mit FreundInnen Schwester Mutter Partner Arzt oder andere _____
- ❖ Was machen Frauen traditionell, wenn sie Probleme mit ihrer Menstruation haben (Kräutertees, Massagen, heiße Getränke)?
 - Tees / Getränke / Medikamente: Was ist da drinnen?
 - Wie heißt das auf Chinesisch?
 - Nehmen Sie das selber?
 - Woher haben Sie das Medikament / den Tee?
- ❖ Wie geht es Ihnen mit der Menstruation?
- ❖ Haben Sie irgendwelche Beschwerden?
 - seelische körperliche keine
 - vor während der Menstruation?
- ❖ Was tun Sie dann? (Medikamente, TCM, Arzt)
 - Westliche Medikamente – was genau (Name), woher, von wem empfohlen
 - TCM – chines. und ev. deutsche Bezeichnung, was ist da drinnen, woher, von wem Tipp
 - andere Maßnahmen

Gynäkologische Probleme

- ❖ Haben Sie schon mal ein gynäkologisches Problem / Frauenproblem / Frauenkrankheit gehabt (chines. Bezeichnung für die Krankheiten)?
 - Schmerzen Unterbauch
 - Brustschmerzen, -veränderungen
 - Ausfluss, Infektionen
Ausfluss: hat der anders ausgeschaut als normal
 - Andere _____
- ❖ Haben Sie derzeit irgendwelche Frauenprobleme?
- ❖ Seit wann haben Sie das oder wann war das? In China oder in Österreich?
- ❖ Was glauben Sie woher dieses Problem kommt?
- ❖ Was haben Sie dann dagegen gemacht?
 - Haben Sie Ratschläge / Tipps von anderen Personen bekommen?
Von Freunden Schwester Mutter Partner Arzt
 oder anderen _____
 - Haben Sie Medikamente genommen? (welche, Bezeichnung, was ist da drinnen)

Medikamente und Medizinpluralismus

- ✧ Verwenden Sie westliche Medikamente?
- ✧ Verwenden Sie chinesische Medizin?
 - westliche chinesische beides keine
- ✧ Woher haben Sie die Medikamente, die Sie verwenden?
 - Österreich China anderes
 - Rezeptpflichtig (von welchem Arzt) oder nicht
 - Arzt Apotheke Freunde Familie Partner
 - Internet
- ✧ Woher haben Sie den Tipp für dieses Medikament? / Wo gekauft?
 - Arzt Apotheke Freunde Familie / Partner (Empfehlungen)
 - Internet Medien Literatur
- ✧ Können Sie mir sagen, welche chinesischen Medikamente gegen welche Frauenprobleme helfen?
- ✧ Haben Sie Medikamente aus China nach Österreich mitgenommen?

Gynäkologie

- ✧ Sprechen Sie mit einem Arzt über Frauenprobleme?
- ✧ Mit welchem Arzt? (Hausarzt, Gynäkologe etc.)
- ✧ Wann waren Sie das erste Mal beim Frauenarzt?
- ✧ Wann das letzte Mal?
- ✧ Wie oft und warum gehen Sie zum Frauenarzt?
 - Waren Sie in den letzten 6 Monaten / 2 Jahren beim Frauenarzt?
 - Ja, warum.... / nein, warum nicht?
- ✧ Ist Ihr Frauenarzt männlich oder weiblich?
 - männlich weiblich
- ✧ Würden Sie lieber zu einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin gehen?
 - Frauenarzt Frauenärztin egal
- ✧ Wie fühlen Sie sich beim Frauenarzt?
- ✧ Haben Sie vorm ersten Besuch gewusst, was beim Frauenarzt passiert?
- ✧ Können Sie mir bitte erzählen, wie so ein Besuch abläuft?
- ✧ Welche Untersuchungen macht der Arzt bei Ihnen?
 - Krebsabstrich Brustuntersuchung Ultraschall?

Wenn nicht:

- ✧ Warum gehen Sie nicht zum Frauenarzt?
- ✧ Was erwarten Sie / was denken Sie passiert dort?
- ✧ Sind Sie in China zum Frauenarzt gegangen? (zum westlichen oder TCM?)
- ✧ Was machen Sie wenn Sie gynäkologische Probleme / Frauenprobleme haben?

Verhütungsmittel

- ❖ Welche Verhütungsmittel verwenden Sie?
 - Pille Kondom Femidom Diaphragma Hormonspritze / -implantat
 - Spirale traditionelle Methode (u.a. Kalendermethode)
 - chemische Verhütungsmittel andere _____ keines(Name der Marke bei der Pille)

- ❖ Welche Verhütungsmittel haben Sie im Laufe Ihres Lebens verwendet? Wie lange und wann?

- ❖ Warum verwenden Sie gerade dieses Verhütungsmittel?
- ❖ Woher und von wem bekommen Sie die? (Arzt, Apotheke etc.)
 - Arzt Apotheker Partner (kauft es) Freunde / Familie Geschäft / Shop
 - _____
 - aus Österreich aus Taiwan beides
- ❖ Haben Sie Probleme mit einer dieser Methoden gehabt?

Zusätzliche Fragen

- ❖ Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt? Warum? (Krankheit, Kontrolle etc.)
- ❖ Zu welchen Ärzten gehen Sie? Wann? Wo? Warum?
- ❖ Gehen Sie zu Ärzten der chinesischen Medizin?
- ❖ Wenn Sie nach Hause fahren (Urlaub, Besuch), gehen Sie in China zum Arzt?
- ❖ Welche Erfahrungen haben Sie mit dem österreichischen Gesundheitssystem gemacht?

Interviewüberblick

| Nr | Datum | Ort | Interview-partnerin* | Erhebungsform | Dauer | Inter-viewer | Interviewcode |
|----|------------|------|----------------------|---|---------|--------------|--------------------|
| 1 | 12.02.2009 | Wien | Ai | Leitfaden-Interview | 75 min | AG | AG_12022009_ACW_TS |
| 2 | 13.02.2009 | Wien | Bai | Leitfaden-Interview | 77 min | AG | AG_13022009_ACX_TS |
| 3 | 19.02.2009 | Wien | Cui | Leitfaden-Interview | 70 min | AG | AG_19022009_ACW_TS |
| 4 | 20.05.2009 | Wien | Qiao | Leitfaden-Interview | 48 min | AG | AG_20052009_ACW_TS |
| 5 | 28.05.2009 | Wien | Dan | Leitfaden-Interview | 150 min | AG | AG_28052009_ACW_TS |
| 6 | 30.05.2009 | Wien | Yang | Leitfaden-Interview | 52 min | AG | AG_30052009_ACW_TS |
| 7 | 02.06.2009 | Wien | Fang | Leitfaden-Interview | 52 min | AG | AG_02062009_ACW_TS |
| 8 | 10.06.2009 | Wien | Hua | Leitfaden-Interview | 105 min | AG | AG_10062009_ACW_TS |
| 9 | 11.06.2009 | Wien | Hua | Exmanentes Nachfragen + teilnehmende Beobachtung | 210 min | AG | AG_11062009_ACW_PO |
| 10 | 16.06.2009 | Wien | Bai | Exmanentes Nachfragen | 40 min | AG | AG_16062009_ACX_TS |
| 11 | 19.06.2009 | Wien | Lian | Leitfaden-Interview | 73 min | TR | TR_19062009_ACW_TS |
| 12 | 24.06.2009 | Wien | Lian | Leitfaden-Interview | 67 min | AG | AG_24062009_ACW_TS |
| 13 | 25.06.2009 | Wien | Lian | Exmanentes Nachfragen + Medikamentenfotografie | 120 min | AG | AG_25062009_ACW_TS |
| 14 | 01.07.2009 | Wien | Xue | Leitfaden-Interview | 59 min | AG | AG_01072009_ACW_TS |
| 15 | 13.08.2009 | Graz | Dr. Gao | Narratives Interview | 27 min | BR | BR_13082009_ACX_TS |
| 16 | 1.11.2009 | Wien | Mai | Leitfaden-Interview | 56 min | AG | AG_01112009_ACW_TS |

* Es werden Pseudonyme verwendet.

Erläuterung der Abkürzungen:

AG = Astrid Glatz
BR = Barbara Rieger
TR = Tanja Ruediger

ACW = Woman in Asian Community
ACX = Expert in Asian Community
TS = transcription
PO = participant observation

Erläuterung der Einfärbung:

Zellen mit gleicher Farbe bedeuten, dass eine Interviewpartnerin öfters befragt wurde.

Verwendete Transkriptionsregeln

Abkürzungen:

I = Interviewerin

IP = Interviewpartnerin

Ü = Übersetzerin

// = Satz abgebrochen

(Pause) = Pause

(...) = unverständlich

kursiv = ursprünglich Chinesisch

fett = betont

(lacht) = Anmerkungen

(unterstrichen) = Unsicherheiten bei der Transkription

Zeilennummerierung: durchgehend

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Medizinpluralismus im Bereich der Frauenheilkunde sowie dem health-seeking behaviour chinesischer Studentinnen in Österreich. Sie zeigt welche Probleme im Bereich der Frauenheilkunde die Zielgruppe an sich selber wahrnimmt, und welche Medizinsysteme sie für die Behandlung wählen. Diese Arbeit wurde im Rahmen des von Dr. Christine Binder-Fritz konzipierten und geleiteten FWF-Projekts „Asiatische Migrantinnen in Österreich: Gender, Körper, Gesundheit, und Versorgung“ verfasst. Sie basiert auf der Analyse qualitativer Interviews mit insgesamt elf chinesischen und taiwanesischen Studentinnen, die in Österreich leben, sowie ethnografischer Datenerhebung und einer teilnehmenden Beobachtung.

Die häufigsten genannten Probleme meiner Informantinnen im Bereich der Frauenheilkunde waren Menstruationsbeschwerden. Als chronische Erkrankung wurden sie bevorzugt im chinesischen Medizinsystem behandelt. Andere gynäkologische Erkrankungen wie Myome, Zysten, Blasenentzündungen oder vaginale Blutungen wurden stattdessen als akut betrachtet und daher therapeutische Maßnahmen vorwiegend aus dem westlichen Medizinsystem angewendet. Obwohl in Österreich die gynäkologische Praxis als fachspezifische Anlaufstelle gilt, wurde diese von einer Hälfte der Interviewpartnerinnen noch nie aufgesucht. Wenn Barrieren (z.B. Scham- und Schuldgefühle) vorhanden waren, suchten die Interviewpartnerinnen die gynäkologische Praxis nicht oder nur selten auf. Waren Barrieren bereits durch positive oder neutrale Erfahrungen abgebaut, wurden regelmäßige gynäkologische Konsultationen durchgeführt. Die Einstellung der Mütter zur Gynäkologie beeinflusste das Verhalten ihrer Töchter in einem hohen Ausmaß.

Entscheidende Einflussfaktoren für das health-seeking behaviour sind Erfahrungen mit und Wissen über das westliche und das traditionelle chinesische Medizinsystem in China, Sozialisation, sowie Körperkonzepte, Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. Es zeigt sich, dass die komplementäre Nutzung dieser beiden Medizinsysteme im neuen Lebensfeld Österreich weitergeführt wird. Eine wesentliche Rolle für den Informationsbezug und damit das health-seeking behaviour spielen neue Medien wie z.B. das Internet sowie die lay referral group, vor allem wenn es um das Auftreten unbekannter Symptome geht.

Keywords:

Medizinpluralismus, Frauenheilkunde, China, health-seeking behaviour, lay referral group

Abstract

This paper is concerned with medical pluralism in the field of women's health as well as with health-seeking behaviour of Chinese students in Austria. It identifies which problems the target group experiences in the field of women's health, and which medical systems they choose for therapy.

This paper was composed in the framework of the FWF-project „Asian Women's Voices on Gender, Body, Health, and Care”, conceptualized and managed by Dr. Christine Binder-Fritz. It is based on the analysis of qualitative interviews with altogether 11 Chinese and Taiwanese students living in Austria, as well as on ethnographic research and one participant observation.

The most frequently stated women's health problems of my informants were menstrual disorders. Treatments within the Chinese medical system were preferred, as those were regarded as chronic problems. Other gynaecological diseases like myoma, cysts, cystitis or vaginal bleedings were instead regarded as acute, and therefore mainly treated within the western medical system.

Although gynaecologists are considered as experts for women's health problems in Austria, one half of the informants did never consult them. If there were barriers (e.g. feelings of guilt or shame) existent, the informants did never or seldom consult a gynaecological practice. If those barriers were reduced by positive or neutral experiences, informants were conducting regular gynaecological consultations. The attitude of the mothers towards gynaecology influenced the behaviour of their daughters in a high extent.

Crucial factors of influence for the health-seeking behaviour are experiences with and knowledge about the western and the traditional Chinese medical system in China, socialization, as well as body concepts, beliefs about health and disease. It appears that complementary usage of both of those medical systems is continued in the new environment, Austria. A fundamental role for the acquisition of information and therefore for the health-seeking behaviour are new media, first of all the internet, and the lay referral group, especially in regard to unknown symptoms.

Keywords:

medical pluralism, women's health, China, health-seeking behaviour, lay referral group

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Astrid Glatz
Geburtsdatum: 13.1.1984, Wien
Wohnort: Wien

Ausbildungsweg

Studium der Kultur- und Sozialanthropologie, Universität Wien 2004 - 2011
Studium der Psychologie und Publizistik, Universität Wien 2003 - 2004
HBLA Strassergasse XIX, Schwerpunkt Umweltökonomie 1999 - 2003
Gymnasium Maroltingergasse XVI 1995 - 1999

Spezialgebiete

Migration, Identität, Integration, Medical Anthropology, Schamanismus

Auslandsaufenthalte

Indonesien (4 Monate), Kenia (2 Monate), Marokko (1 Monat), Vietnam (1 Monat)

Studienrelevante Tätigkeiten

Mitarbeit beim FWF-Projekt „Asiatische Migrantinnen in Österreich: Gender, Körper, Gesundheit und Versorgung“ 2009 - 2010
Mitglied im Verein „d’Speis – LebensMittelpunkt zum Kons.Umdenken“ ab 2010
Individuelle Auslandsexkursion in Indonesien, „Kinderoase Lombok“ 2008
Praktikum WIK-Vernetzungsbüro (Wiener Integrationskonferenz), 6 Wochen 2007
Kongressmitarbeit bei „Tuareg moving global“, Wien 2007
Wissenschaftliche, administrative und technische Assistenz beim „4. Treffen deutschsprachiger Südamerika- und KaribikforscherInnen“, Wien 2007
Mitglied beim Kunstverein „Art. Welten“ 2006 - 2007
Feldforschungspraktikum über türkische Migrantinnen in Wien 2006
Workcamp in Kenia, Kolping 2005

Berufliche Erfahrung

Projektmitarbeit „Anbindung der Schweiz an das EU-Projekt „Health Care in NowHereland – Improving Services for Undocumented Migrants in the EU“ Trummer & Novak-Zezula OG 2010 - 2011
Projektmitarbeit „Migrant Nurses Study“, Trummer & Novak-Zezula OG 2009 - 2010
Freizeitangebote für Kinder, Kinderschminken und Kinderuni, wienXtra 2008 - 2010
Sekretariat, SaKo 2005 - 2006
Gästabbetreuung, Seniorenmesse 2001 - 2010
Rezeption, Kolping Wien-Zentral 2001

Publikationen

KARL-TRUMMER, Ursula / NOVAK-ZEZULA, Sonja / GLATZ, Astrid / METZLER, Birgit
2010 „Zweimal ‚Bitte‘, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft sie schon“ – kulturelle
Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften. In: SWS Rundschau,
Heft 3, S. 340-356

GLATZ, Astrid
2007 Feminisierte Maquiladoras. Rollenbruch in Mexikos Grenzstädten. In: Die Maske.
Zeitschrift für Kultur- und Sozialanthropologie, Heft 1, S. 48-49