

Behandeln und Beobachten – methodische Konsequenzen aus der Doppelrolle als ethnologisch forschender Arzt*

MICHAEL KNIPPER

Zusammenfassung Viele medizinethnologische Forscher besitzen neben ihrem ethnologischen Interesse auch eine spezifische medizinische Qualifikation. Welche Konsequenzen hat das für den Verlauf und die Ergebnisse ihrer Forschungen? Welche Bedeutung hat es etwa, wenn ein ethnologisch forschender Arzt seine Informanten nicht nur beobachtet und Gespräche mit ihnen führt, sondern im Bedarfsfall auch medizinisch behandelt? Am Beispiel der eigenen Untersuchung zur indigenen Sichtweise auf Krankheit und medizinischen Pluralismus bei einer indianischen Bevölkerungsgruppe im Amazonas-Tiefenland von Ecuador werden in diesem Aufsatz die methodischen Schwierigkeiten und Chancen einer „behandelnden Beobachterperspektive“ erörtert. Vor dem Hintergrund allgemeiner Debatten innerhalb von Ethnologie und Soziologie um die Frage, wie die Anerkennung der Subjektivität des forschenden Individuums als integraler Bestandteil jeder wissenschaftlichen Erkenntnisarbeit methodisch berücksichtigt werden kann, wird dargestellt, welche Schwierigkeiten auftraten, wie sich diese im Verlauf der Forschung entwickelten und welche besonderen Einsichten durch den expliziten Umgang mit der (unter anderem) ärztlich charakterisierten Subjektivität schließlich gewonnen werden konnten. Vor allem die aktive Einbindung in komplexe therapeutische Prozesse stellte sich dabei als methodisch besonders wertvoll heraus. Abschließend werden jenseits des konkreten Beispiels einige Voraussetzungen für einen methodisch kreativen Umgang mit der Doppelrolle als ethnologisch forschender Arzt diskutiert. Diese sind auch in anderen Forschungskontexten relevant, denn die „behandelnde Beobachtung“ stellt nur eine subjektiv geprägte Forschungskonstellation unter anderen dar.

Participant Observation and Medical Care—Methodological Consequences of the Double Role of the Physician-Anthropologist

Abstract Many researchers in medical anthropology are both anthropologists and physicians. This article addresses the following question: What are the methodological consequences if the physician-anthropologist combines ethnographic research with active therapeutic engagement? What does it mean for the outcome of a study if the researcher converts “participant observation” into “caring and observation”? At the example of my own work on indigenous perception of illness and medical pluralism among the Amazonian peoples in Ecuador, I discuss specific methodological problems of the “caring and observation”. This relates to the subjectivity debate in cultural anthropology. Subjectivity is understood as a genuine quality of any kind of scientific knowledge, and serves as the theoretical background for the discussion especially in regard to the following points: The methodological difficulties one expects to encounter in the field, those encountered during field work, unfolding difficulties, and special insights gained as a result of such subjective approach. I demonstrate that the active involvement in complex therapeutic situations proved to be methodologically useful in this particular case. The paper concludes with a discussion of the conditions deemed necessary to deal with the double role of a physician-anthropologist in a creative way. I hold that these considerations can be relevant for other research situations, especially since the particular research situation of a physician-anthropologist is only *one* specific case of subjective research among many. (red)

Keywords (Schlagwörter) fieldwork (Feldforschung) – participant observation (teilnehmende Beobachtung) – methodology – subjectivity in research (Subjektivität in der Forschung) – doctor-patient relationship – behandelnde Beobachterperspektive – medical pluralism (Medizinischer Pluralismus) – Ecuador

Einleitung

„Die Ethnologin ist kein »Mann ohne Eigenschaften«. Mit diesem Satz weisen die Soziologen STEFAN HIRSCHAUER und KLAUS AMANN (1997:

25) treffend auf ein methodologisches Grundproblem in den Sozial- und Kulturwissenschaften hin: Auch die *Subjekte* solcher Forschungen besitzen persönliche Eigenschaften, und der Verlauf wie die Ergebnisse einer Untersuchung werden durch die

* überarbeiteter Vortrag der 16. Fachtagung Ethnomedizin, 30 Jahre Fachtagungen der AGEM. Eine Aktualisierung der Diskussion, Heidelberg, 12.-14. Dezember 2003.

Subjektivität des oder der Untersuchenden maßgeblich beeinflusst.

Die allgemeine Frage nach der Bedeutung individueller Merkmale wie Geschlecht, Alter und Gruppenzugehörigkeiten (z. B. zu einer Profession, Nationalität oder ethnischen Gruppe) für den Verlauf und die Ergebnisse einer Untersuchung, stellt sich auch in der Medizinethnologie. Hier gewinnt sie in vielen Fällen sogar eine weitere und vielleicht sogar besonders bedeutsame Dimension hinzu: Viele, die sich auf diesem heterogenen Feld forschend und publizierend betätigen, besitzen neben ihrem ethnologischen Interesse auch eine spezifische medizinische Qualifikation. Im Autorenverzeichnis vieler Ausgaben der Zeitschrift *curare* etwa finden sich neben ausgebildeten Ethnologen oft auch Ärzte, Heilpraktiker und Hebammen sowie Vertreter der Pflegeberufe. Doppel- oder Mehrfachqualifikationen mit oder ohne formale ethnologische Ausbildung sind dabei nicht selten.

Welchen Einfluss hat nun solch eine medizinische Qualifikation des Forschungs-Subjekts auf die Ergebnisse einer ethnologischen Untersuchung? Welche Bedeutung hat es zum Beispiel, wenn ich als ausgebildeter Arzt meine Informanten nicht nur beobachte und befrage, sondern auch aktiv behandle? Führt die „behandelnde“ Beobachtung zu anderen Ergebnissen als die allein „teilnehmende“ Beobachtung? Wenn ja, wie sind diese Einflüsse zu beurteilen? Können sie kontrolliert oder gar eliminiert werden? Ist eine Ausschaltung dieser Art von „Subjektivität“ schließlich überhaupt notwendig oder gar wünschenswert?

Am Beispiel meiner eigenen Erfahrungen als ärztlich qualifiziertes und jederzeit auch tätiges Subjekt einer medizinethnologischen Feldforschung im Amazonas-Tiefenland von Ecuador werde ich in diesem Aufsatz einige Aspekte dieses Problems zu erörtern versuchen.¹ Der Text ist dementsprechend persönlich gehalten, und das Ich des Autors wird dabei nicht zur Inszenierung einer vermeintlichen Objektivität der formulierten Aussagen ausgeblendet (vgl. BREUER et al. 2002 [1]).² Gleichzeitig geht es jedoch ausdrücklich nicht darum, hier einen – in der Ethnologie ja nicht unbekannt – Selbsterfahrungsbericht anzufertigen, und die „teilnehmende Beobachtung“ in eine „Beobachtung der Teilnahme“ zu überführen (TEDLOCK 1991). Das Interesse der Forschung soll weiterhin außerhalb des forschenden Ichs liegen. Allein die methodi-

schon Konsequenzen aus der Tatsache, dass dieses Ich weder bereit noch in der Lage dazu ist, seine unter anderem von einer spezifischen medizinischen Ausbildung geprägte Individualität während der Forschung zu verleugnen, sind hier Thema.

Die Bezugnahme auf die Doppelrolle als ethnologisch forschender Mediziner hat dabei ausdrücklich *exemplarischen* Charakter, denn die hier angesprochenen Fragen sind nicht spezifisch für Ärzte. Sie gelten ebenso dann, wenn das Subjekt einer medizinethnologischen Feldforschung eine andere therapeutische Qualifikation besitzt – sei es als Homöopath, Psychotherapeut oder in einem anderen Feld. Dabei kann es kein für alle Fälle und spezifische Konstellationen gültiges Patentrezept geben. Im Gegenteil: nicht zuletzt die in verschiedenen theoretischen Kontexten angesiedelten Diskussionen um einen sinnvollen methodischen Umgang mit der Einsicht, dass jede Erkenntnis „unweigerlich Merkmale des erkennenden Subjekts in sich trägt“ (BREUER 2003 [2]), haben gezeigt, dass es sehr unterschiedliche Möglichkeiten gibt, sich diesem Problem zu stellen.³ Allein die bereits in den 1960er Jahren von dem Ethnologen und Psychoanalytiker GEORGES DEVEREUX aufgestellte Forderung, die aus der „Interaktion zwischen Objekt und Beobachter“ resultierenden „Schwierigkeiten“ nicht zu ignorieren, sondern zu versuchen, sie „schöpferisch auszuwerten“ (1988: 19), kann hier als methodisches Postulat mit allgemeinem Anspruch angesehen werden.⁴

In meiner eigenen Forschung hat es sich als fruchtbar erwiesen, der von DEVEREUX ausgegebenen Devise zu folgen. Daher werden im Folgenden zunächst die „Schwierigkeiten“ und methodischen Probleme dargestellt, die mir während meiner Forschung in Ecuador als Konsequenz aus meiner Doppelrolle begegneten. Anschließend werde ich deren Entwicklung im Forschungsprozess beschreiben. Während manche sich in Wohlgefallen auflösten, verhalten andere zu Einblicken, die ich unter anderen Bedingungen nur wesentlich schwerer hätten erhalten können. Einige zusammenfassende Überlegungen über die theoretischen Prämissen und methodischen Konsequenzen einer „behandelnden Beobachtungsperspektive“ in der Medizinethnologie schließen den Beitrag ab.

„Schwierigkeiten“

Während meiner Feldforschung hatte ich über viele Monate den Eindruck, dass mir durch meine Qualifikation als Arzt und mein therapeutisches Eingreifen der Zugang zum „wirklichen“ Umgang der Menschen mit Krankheit, zu ihren „traditionellen“ Verhaltensweisen, zum „normalen“ Krankheitsverhalten der indianischen Bevölkerung etc. verborgen blieb.

Ich war für etwa 20 Monate nach Ecuador gereist, um bei den *Naporuna* (der *Kichwa* sprechenden indianischen Bevölkerung am Río Napo im Grenzgebiet zwischen Ecuador und Peru) ein differenziertes Bild von der indigenen Sichtweise auf Krankheit zu entwickeln. An Hand einer Untersuchung der mit dem spanischen Begriff *mal aire* (zu deutsch etwa „böse“ oder „schlechte Luft“) assoziierten Denk- und Handlungsweisen suchte ich ein auf teilnehmender Beobachtung und Interviews aufbauendes Verständnis für die auf den ersten Blick so unverständlich erscheinenden Verhaltensweisen der Menschen im Krankheitsfall zu entwickeln.⁵ Es ging mir also explizit um jenen Bereich des medizinischen Alltags der *Naporuna*, der oft als „traditionelle Medizin“ bezeichnet wird. Mussten meine Anwesenheit als „Vertreter der westlichen Medizin“ und mein medizinisches Handeln dabei nicht zwangsläufig als erheblicher Störfaktor in der Beobachtungssituation beurteilt werden?

Eine Beobachtung von Krankheitsverläufen oder des Umgangs der Menschen mit Krankheit unabhängig von der Präsenz eines Arztes war mir jedoch schlicht unmöglich – selbst dann, wenn ich nicht therapeutisch aktiv wurde. Denn obgleich mein medizinisches Handeln von Beginn an unter der Prämisse stand, dass ich es niemandem aufdrängen würde, provozierte meine Anwesenheit stets eine deutliche Veränderung der Beobachtungssituation: Der nächste Arzt oder gar ein Krankenhaus waren in der Regel etwa 150 Kilometer Flussweg entfernt, und ohne meine Anwesenheit, das war klar, wären die von mir beobachteten Krankheitsverläufe anders verlaufen und die Menschen hätten anders gehandelt als so, wie ich es beobachten konnte. Der subjektsspezifische Einfluss des Untersuchers auf die Untersuchungssituation war offensichtlich.

Neben dieser unvermeidbaren „Störung“ empfand ich außerdem die Gefahr einer durch meine biomedizinischen Kenntnisse und die aktive Einbin-

dung in therapeutische Prozesse verursachte „Verzerrung der Wahrnehmung“. Denn im Hinblick auf „Krankheit“ und „Medizin“ stellt sich hier ja beinahe zwangsläufig die Frage, ob meine Beobachtungen und Interpretationen zu diesem Thema „ausgewogen“ sein konnten. Bestand nicht stets die Gefahr, dass meine Wahrnehmungen und Gedanken zu Krankheit im Geflecht meiner biomedizinisch geprägten Denkgewohnheiten gefangen blieben? Wie sollte ich so ein differenziertes Verständnis von den krankheitsbezogenen Denk- und Handlungsweisen der *Naporuna* entwickeln können? Wie sollte es mir als behandelndem Beobachter möglich sein, ein Bild von den „medizinischen“ Vorstellungen dieser Menschen zu entwickeln, welches dichter an ihrer Sicht auf Krankheit und Gesundheit liegt als an meiner eigenen?

Die „Störung“ der Beobachtungssituation und die biomedizinische „Verzerrung meiner Wahrnehmung“ waren also, zusammengefasst, die wesentlichen Problembereiche, von denen ich methodische Schwierigkeiten als Folge der Doppelrolle als ethnologisch forschender Arzt erwartete. Manche Aspekte beider Problembereiche verflüchtigten sich im Verlauf der Forschung jedoch rasch, während sich andere – ganz im Sinne von DEVEREUX oder auch HIRSCHAUER & AMANN⁶ – als Ausgangspunkte für weiterführende methodische Prozesse und Einsichten erwiesen. Die Dynamik, die die entsprechenden Entwicklungen im Forschungsprozess entfaltet, war allerdings nicht vorherzusehen gewesen und widersprach oft meinen Erwartungen.

Doch keine „Schwierigkeiten“ ...

Vor allem die zu Beginn der Forschung recht dominante Sorge vor einer „verzerrten Wahrnehmung“ und der „Kontamination“ meiner Beobachtungen und Interpretationen durch meine professionell biomedizinische Sichtweise verlor überraschend schnell an Bedeutung. Ich war entgegen der eigenen Erwartung durchaus in der Lage, biomedizinisch aufschlussreiche und viele andere Aspekte eines Krankheitsgeschehens *gleichzeitig* wahrzunehmen und im Anschluss an eine interessante Situation zu notieren (eventuell mit Hilfe einer Liste von Stichwörtern meines stets überarbeiteten Beobachtungskatalogs). Ein verbreitetes (und teilweise gewiss berechtigtes) Vorurteil gegenüber der eigenen Profession hatte mich offenbar dazu verleitet, eine

eigentlich banale Tatsache aus den Augen zu verleihen: Die Aufmerksamkeit für mehr als allein biologische und technische Zeichen von Krankheit ist eine essentielle Qualität jeder Arzt-Patienten-Kommunikation. Nicht biomedizinische Wissensinhalte allein oder die formale Qualifikation als Arzt, sondern andere Faktoren, deren Erörterung den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen würde, sind für solche Defizite verantwortlich. Dem einzelnen bleiben in der Regel jedoch ausreichend Handlungsspielräume, um die Fokussierung der ärztlichen Wahrnehmung auf die im engeren Sinne medizinischen Aspekte zu vermeiden – erst Recht im Rahmen einer Feldforschung.

Ein zweites Argument gegen die Sorge vor einer verzerrten Wahrnehmung auf Grund meiner biomedizinischen Qualifikation liegt in der Tatsache, dass nicht nur Ärzte über elaborierte medizinische Kenntnisse und eine von Vorannahmen geprägte Perspektive auf Krankheit verfügen, sondern ebenso Vertreter anderer medizinischer Professionen und medizinische Laien. Denn wer kann (oder will) von sich schon behaupten, Krankheit bar jeder Vorkenntnis oder Vorerfahrungen gegenüber zu treten? Das Problem einer von spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen geprägten Wahrnehmung hat also einen sehr allgemeinen Charakter und gehört zum Katalog der bei jeder Forschung zu berücksichtigenden Prämissen.

Das dritte Argument, welches meine Sorge um eine verzerrte Wahrnehmung zu reduzieren half, lag in der Reaktion der „Objekte“ meiner Forschung. Obgleich meine ärztliche Qualifikation allgemein bekannt war, reduzierte mich niemand allein auf meine Rolle als Arzt. Nie hatte ich den Eindruck, dass ich als Subjekt mit allein „medizinischen“ Interessen angesehen wurde oder gar als Repräsentant eines übermächtigen, das Individuum bis in die Einzelheiten seiner Wahrnehmung dominierenden „medizinischen Systems“. Auch im Behandlungsfall gehörten Gespräche zu anderen Themen als den „medizinischen“ zum Alltag, und das Bild von mir als biomedizinisch tätigen Arzt schreckte offensichtlich niemanden davon ab, mir auch von eigenen Vorstellungen, Gedanken oder Ideen zu berichten. Entsprechende Hemmnisse lagen eher in der allgemeinen Fremdheit und Distanz begründet, die bei einer Vielzahl von Informanten mit ausreichend Zeit und Geduld jedoch überwunden werden konnten. Das gilt insbesondere auch für die Schamanen

und andere Menschen mit besonderen Kenntnissen und Fähigkeiten zum Umgang mit Krankheit.⁷ Die in der Literatur so prominenten Grenzen zwischen „traditioneller“ und „moderner“ Medizin oder lokalen „Spezialisten“ („Schamanen“) und „Laien“, verwischte sich im Laufe der Feldforschung zusehends. Es wurde immer unwichtiger, welchem der an realer Bedeutung verlierenden „medizinischen Systeme“ ich selbst hätte zugeordnet werden können. Die Verwechslung eines theoretischen Modells (wie etwa „medizinisches System“) mit der Realität fällt bei einer Einbindung in konkrete Handlungsabläufe vielleicht schwerer, als wenn die Forschung allein auf Interviews und einer eher distanzierter Beobachtungshaltung beruht.

Chancen

Die Einbindung in therapeutische Prozesse erwies sich im Verlauf der Forschung schließlich als besondere methodische Chance. Die Not wurde zur Tugend, wobei allerdings der rein praktische Aspekt des „leichteren Zugangs“, wenn man als Fremder eine unmittelbare „Nützlichkeit“ entwickeln kann (z. B. als Arzt in einer abgelegenen Region wie am Río Napo), von dem viel weiter reichenden Aspekt einer auf Grund subjektiver Eigenschaften dauerhaft „besonderen“ Position im Untersuchungsfeld zu unterscheiden ist: Das pragmatische Element kann den Einstieg und die Kontaktaufnahme erleichtern, verliert mit der Zeit aber an Relevanz. Es ist außerdem unabhängig von einer besonderen professionellen Qualifikation, und der Erfolg jeder Kontaktaufnahme hängt ja, abgesehen vom Faktor „Zeit“, vor allem von individuellen Eigenschaften wie etwa Offenheit, Geduld, Respekt und Bescheidenheit ab.

Anders verhält es sich damit, dass mir meine ärztliche Tätigkeit eine besondere, ohne diese Voraussetzung nicht vorhandene Beobachtungsperspektive verschaffte. Ich hatte einfach eine andere soziale Rolle als jemand, der nicht gleichzeitig ärztlich tätig gewesen wäre. Und entsprechend dieser spezifischen sozialen Rolle gewann ich Einblicke, die aus einer anderen Perspektive heraus möglicherweise schwerer zu entwickeln gewesen wären. Es dauerte allerdings seine Zeit, bis mir die spezifischen Möglichkeiten meiner Beobachtungsperspektive als „behandelnder Beobachter“ überhaupt klar wurden.

Vor allem zwei Aspekte will ich hier herausstellen, da sie für die Ergebnisse meiner Forschungen von besonderer Relevanz waren. Zum einen die auf den ersten Blick banal erscheinende Tatsache, dass meine Anwesenheit stets durch die in dieser Region nicht selbstverständliche *Verfügbarkeit ärztlicher Hilfe* geprägt war. Zum zweiten eröffnete mir die *aktive Einbindung in therapeutische Prozesse* besondere Einblicke in die Dynamik der durch Krankheit ausgelösten Suche nach Hilfe – sowohl im Sinne von Heilung und Linderung der Beschwerden, als auch einer sinnvollen Deutung oder gar Erklärung.

Meine potentielle Verfügbarkeit als Arzt erwies sich insofern als methodisch hilfreich, als ich auf diese Weise einen besonders differenzierten Einblick in die alltägliche Realität des *medizinischen Pluralismus* und des Umgangs der Menschen mit verschiedenen medizinischen Ressourcen erhielt.⁸ Denn es war keineswegs so, dass meine Anwesenheit alle anderen Arten des Umgangs mit Krankheit – also im weitesten Sinne das, was gerne als traditionelle oder indigene Medizin identifiziert wird – verdrängt hätte. Auch hier lag ich mit meinen ursprünglichen Erwartungen und Befürchtungen falsch. Im Gegenteil: Auf Festen, bei Gemeindeversammlungen oder im unspektakulären Alltag eines indianischen Dorfes einer abgelegenen Region Amazoniens wurde ich oft Zeuge von Erkrankungen, ohne dabei jedoch als Arzt konsultiert zu werden. So wurde es zunehmend interessant zu beobachten, ob, wann und zu welchem Zweck ich von den Menschen aufgefordert wurde, in einem Krankheitsfall aktiv zu werden: Liefen „traditionelle“ Behandlungen, wie etwa das „Abwedeln“ eines erkrankten Kindes mit stark riechenden Blättern und Tabakrauch⁹ während meiner Anwesenheit ab, wurde auch ich gelegentlich aufgefordert, Blätter und Tabak zur Hand zu nehmen und mich in den Kreis derer einzureihen, welche die erkrankte Person abwedelten. In meiner Rolle als Arzt war ich aber, obgleich verfügbar, hier nicht gefragt.

Da sich der Zustand vieler der so behandelten Kinder und Erwachsenen auch bald darauf besserte, blieb meine Funktion in solchen Situationen auf die eines teilnehmenden Mitmenschen beschränkt. Andere Kranke bedurften jedoch weiterer Behandlungen, und neben traditionellen Heilern wurde auch ich dann immer wieder um biomedizinischen Rat und Medikamente gebeten. Die Entscheidung, den

mit mir stets verfügbaren Arzt zu konsultieren, hing dabei jedoch weder von den individuellen Personen ab (im Sinne einer persönlichen Präferenz für oder wider die „fremde“ Medizin), noch von einer spezifischen Diagnose. Dieselben Personen zogen mich gelegentlich als Arzt zu Rate, in anderen Fällen ignorierten sie mich, oder sie luden mich ein, wohlriechende Blätter über dem kranken Menschen auszuschütteln. Und dieselben „Krankheiten“ (sowohl im interindividuellen Vergleich im Sinne sehr ähnlicher Symptomkonstellationen und Verläufe, als auch in Falle länger andauernder Erkrankungen konkreter Individuen) wurden gelegentlich mit und gelegentlich ohne meine ärztliche Beteiligung zu bewältigen versucht. In manchen Fällen kam ich zeitlich gesehen vor, in anderen Fällen nach, und in weiteren Situationen auch neben einem „traditionellen“ Kollegen zum Zuge.

Die Dynamik der verschiedenen, den Verlauf und die Bewältigung einer Erkrankung beeinflussenden Faktoren erschloss sich mir erst durch den zweiten der oben genannten Aspekte meiner ärztlich geprägten Beobachterperspektive, also die aktive Einbindung in zum Teil langwierige therapeutische Prozesse. Hier wurde schnell deutlich, dass einfache Algorithmen, wonach die Entscheidung für oder wider eine spezielle medizinische Ressource entweder rein pragmatisch getroffen würden (nach Erreichbarkeit, ökonomischen Überlegungen, etc.), oder nach „ätiologischen“ Kriterien („Geist“ oder Parasit“) unpassend sind (vgl. KNIPPER 2001). Solch eindimensionale Erklärungen mögen bei der retrospektiven Betrachtung eines Falles sinnvoll erscheinen, in der akuten Notlage sieht jeder ernsthafte Krankheitsfall jedoch anders aus. Solche Situationen sind in der Regel wesentlich komplexer, und dabei macht es auch keinen Unterschied, ob es sich um Kranke aus der indianischen Bevölkerung am Río Napo oder die Anwohner von Lahn, Rhein oder Ebro handelt. Denn wenn eine Erkrankung beginnt, oder wenn der Zustand der betroffenen Person sich gar verschlechtert, wenn Behandlungsversuche erfolglos bleiben oder sich die Situation aus anderen Gründen zuspitzt, stellt sich ein Fall stets vollkommen anders dar als wenn die Erkrankung überwunden oder im negativen Fall der Patient bereits verstorben ist. Ungewissheit, Sorgen und zum Teil recht unspezifische Hoffnungen dominieren das Feld und jede Möglichkeit wird erörtert. Verschiedene Argumente werden ausgetauscht, teilweise

wird kontrovers diskutiert und der jeweils aktuelle Verlauf wird stets ebenso kritisch und erwartungsvoll kommentiert wie die Aktivitäten der beteiligten „Heiler“ (in diese Kategorie schließe ich hier Ärzte und Ärztinnen ausdrücklich ein).

Als „behandelnder Beobachter“ kam ich nun dazu, verschiedene solcher Verläufe aus der Nähe eines unmittelbar Beteiligten mit zu erleben und zu gestalten. Ich konnte am eigenen Beispiel beobachten, wie meine therapeutischen Angebote und Handlungen ebenso hoffnungsvoll-kritisch betrachtet wurden wie die der anderen potentiell kompetenten Akteure. Ich erlebte die unterschiedlichsten Verläufe aktiv mit und wurde außerdem beinahe täglich mit den Erwartungen der Menschen gegenüber „meiner“ Art von Medizin konfrontiert. Ich erhielt ein beständiges Feed-back in Form von Bestätigung oder Ablehnung, von Vertrauen, Misstrauen, Zustimmung, aber auch Kritik, und sah, wie, wann und unter welchen Umständen die von mir vertretene Art von Medizin angenommen wurde oder auch nicht. So erhielt ich sowohl wichtige Anhaltspunkte für den stets weiter entwickelten Beobachtungs- und Fragenkatalog als auch vielfältige praktische Gelegenheiten, um die entsprechenden Fragen sowohl in Gesprächen als auch bei einer Vielzahl von Beobachtungen verstehen zu lernen. Auch hier zeigte sich deutlich, dass in der medizinischen Praxis zumindest der *Naporuna* eine scharfe Trennung zwischen lokal geprägter und „westlicher“ Medizin irrelevant ist.

Selbst auf den ersten Blick so überzeugende Aussagen wie etwa die, dass ein Arzt bei „mal aire“ oder „Schadenszauber“ nichts ausrichten könne, haben für die Praxis der Krankenbehandlung schlicht keine Bedeutung. Es ist zwar ein Leichtes, im Interview mit einem beliebigen indianischen Informanten am Río Napo solch eine Antwort zu provozieren, aber wenn gerade ein schwaches, blasses, wimmerndes Kind im Arm der Mutter liegt, dann hat die Frage „mal aire oder Malaria“ nur noch eine rein akademische Bedeutung (vgl. KNIPPER 2001, 2003b). Denn dann ist es ja noch völlig unklar, ob hier – um es pointiert zu formulieren – der „Geist“ oder die Parasiten ihre Finger im Spiel haben, oder beide. Zunächst werden alle verfügbaren Ressourcen mobilisiert, und „sinnvoll“ ist hier zunächst all das, was das akute Leiden zu lindern oder – zum Beispiel auf Grund entsprechender Vorerfahrungen – eine Linderung zumindest zu versprechen vermag.

Sehr häufig sind lokale Mittel erfolgreich, in anderen Fällen helfen biomedizinische Medikamente, und nicht selten wird beides kombiniert. Versagt aber die eine oder die andere Möglichkeit oder scheitern beide, wird nach weiteren Ressourcen Ausschau gehalten, und weder ein Arzt noch ein Schamane ist vor einer kritischen Überprüfung seiner Aktivitäten gefeit. Erst wenn der akute Handlungsbedarf nachlässt, weil sich das akute Problem aus welchen Gründen auch immer (im Extremfall Genesung oder Tod) erledigt hat, kommt in manchen Fällen auch die Frage nach dem „tieferen Sinn“ zum Tragen. Und selbst hier schließen sich „mal aire“ und „Malaria“ keineswegs aus, denn was haben schon Fieber auslösende Blutparasiten mit dem Schrecken über die Begegnung mit einem Verstorbenen oder einem „Geist“ des Waldes zu tun?

Interessant ist, dass die so genannten Schamanen (lokaler Begriff: *yachak*) am Río Napo oft überhaupt erst zu diesem Zeitpunkt in den Krankheitsverlauf eingebunden werden. Ihre therapeutische Kompetenz im engeren, auf die Behandlung von Erkrankungen bezogenen Sinne gilt hier im Vergleich mit anderen lokalen Akteuren als eher beschränkt. Ihre Aufgaben liegen in einem ganz anderen Bereich, der durch Kategorien wie *Medizin* oder *Heiler* nur sehr unzureichend repräsentiert wird (vgl. KNIPPER 2003a).

Die aktive Einbindung in die medizinische Praxis der *Naporuna* führte als dem letzten hier anzusprechenden Punkt schließlich dazu, auch die offensichtlich allein „pragmatische“ Inanspruchnahme verschiedener medizinischer Ressourcen durch die *Naporuna* differenzierter beurteilen zu können. Es stellte sich mir sehr bald die für die medizinische Praxis sehr dringende aber schwer zu beantwortende Frage, wie die von mir vertretene Art der Medizin von den Menschen wahrgenommen wurde. Denn es war weder reiner Pragmatismus im Sinne eines gedankenlosen Konsums (*healer shopping*), noch nutzen die Menschen das von mir zur Verfügung gestellte Angebot in seinem „traditionellen“, nämlich biomedizinisch definierten Sinne. „Hast du eine Spritze?“: Vor allem die oftmals auf eine zunächst sehr eigenartig erscheinende Art vorgetragenen Anfragen meiner Patienten und ihrer Angehörigen gaben mir den Anlass, mich genauer mit der indigenen Wahrnehmung von Vitaminen, Antibiotika und Infusionslösungen zu befassen. Denn allein Sprachprobleme oder die kulturelle Distanz (insbeson-

sondere zwischen indianischen Frauen und dem fremden, männlichen Arzt) stellen hier nur sehr unbefriedigende Erklärungsansätze dar. Es zeigte sich schließlich, dass die für die Menschen relevanten Aspekte der biomedizinischen Praxis auf eine sehr interessante und dynamische Art und Weise wahrgenommen werden, bei welcher sich traditionelle Sichtweisen und Werte mit neuen Erfahrungen und Vorstellungen vermischen (vgl. KNIPPER 2005). Ohne den stetigen und verantwortungsvollen Kontakt mit indianischen Patienten in den unterschiedlichsten Situationen hätten sich mir allerdings weder die entsprechenden Fragen, noch die im Laufe der Forschung entwickelten Erklärungsansätze mit derselben Dringlichkeit und Deutlichkeit eröffnet.

Behandeln und Beobachten: ein Resümee

Wo liegen nun, zusammengefasst und etwas allgemeiner betrachtet, die besonderen Probleme und Chancen einer „behandelnden Beobachtung“ in der Medizinethnologie? Und was sind die theoretischen Prämissen, um diese spezifische Art von Subjektivität methodisch nutzen zu können?

Im konkreten Fall meiner Forschung in Ecuador war es vor allem die aktive Einbindung in die Praxis des medizinischen Pluralismus, die sich als ausgesprochen anregend und produktiv herausgestellt hatte. Viele meiner ursprünglichen Befürchtungen stellten sich dabei als unbegründet heraus, wie etwa die Sorge vor einer biomedizinisch verzerrten Wahrnehmung oder einer Behinderung meiner Forschungen zur indianischen Medizin durch meine aktive Anwesenheit als Arzt. Die Zusammenarbeit mit den *Naporuna* belehrte mich eines Besseren und zeigte mir deutlich, dass diese Vorbehalte – trotz mehrerer vorangegangener Besuche im Untersuchungsgebiet – auf weitgehend unreflektierten Vorstellungen von *medizinischem Pluralismus*, *indianischer Kultur*, „*traditioneller Medizin*“ und der Bedeutung der von mir vertretenen „*westlichen Medizin*“ beruhten.

Insbesondere die Befürchtung, meine ärztliche Tätigkeit sei als Störfaktor meiner Forschungen über den Umgang indigener Gruppen mit Erkrankungen zu bewerten, weist auf ein fundamentales Missverständnis hin: Was war eigentlich das Ziel meiner Forschung in diesem abgelegenen Winkel Amazonien? Etwa die Dokumentation der „ursprünglichen“ Umgangsweise der Menschen mit

Krankheit, wie sie vor dem Eintreffen der „westlichen Medizin“ bestanden haben mögen? Ging es mir um „traditionelle Medizin“ unabhängig von den Entwicklungen der Gegenwart, also im Sinne einer regelrecht musealen Ethnomedizin? Diese Frage hatte ich mir im Vorfeld meiner Forschung offenbar nicht mit dem notwendigen Nachdruck gestellt. Romantische Ideen von indianischer Kultur und eine gewisse Tendenz, die „westliche Medizin“ in der „Dritten Welt“ als Ganzes für die vermeintlichen Verfehlungen mancher Kolonialmediziner in Sippenhaft zu nehmen, prägen unterschiedlich offenbar auch meinen Ansatz. Denn allein unter diesen Prämissen hätte es sinnvoll erscheinen können, die „indianische Medizin“ jenseits des real existierenden Pluralismus untersuchen zu wollen. Allein aus diesem Mix aus Romantik und Exotismus hätte es sinnvoll erscheinen können, den Menschen aus methodischen Gründen meine biomedizinische Qualifikation zu verschweigen oder eine entsprechende Behandlung vorzuenthalten. In jedem anderen Fall ist die Behandlung eines zufällig anwesenden Arztes ein ebenso unspektakuläres Element des lokalen medizinischen Pluralismus wie die Aspirin-tablette aus dem Dorfladen oder das Ritual des Schamanen von nebenan.

Zudem – und dies erscheint mir ausgesprochen wichtig – würde den Menschen durch das Verweigern oder Nicht-Anbieten von möglicherweise gewünschter medizinischer Hilfe auch die *Wahlfreiheit* zwischen diesen Optionen vorenthalten. Denn um ein Angebot ablehnen zu können und eine bewusste Entscheidung für oder wider eine therapeutische Alternative treffen zu können, müssen die verschiedenen Optionen ja erst verfügbar sein. Und forschungsmethodisch sind ja gerade die Erfahrung der Ablehnung und der gleichzeitigen Nutzung verschiedener medizinischer Angebote zum Verständnis der krankheitsbezogenen Denk- und Handlungsweisen essentiell. Vor allem der möglicherweise bestehende Widerspruch zwischen Äußerungen im Interview und konkretem Handeln kann am besten auf diese Weise aufgelöst werden. Abgesehen davon, dass es ethisch bedenklich ist, kranken Menschen bestehende therapeutische Möglichkeiten zu Forschungszwecken vorzuenthalten, wäre dies also auch methodisch von höchst zweifelhaftem Wert gewesen.

Die aktive therapeutische Einbindung der ethnologisch Forschenden kann jedoch auch im Hinblick

auf andere Themenfelder als *medizinischer Pluralismus* interessante, und auf anderem Wege ungleich schwerer zu erhaltende Einsichten fördern. So weist beispielsweise WENDA TREVATHAN (1988) darauf hin, dass eine „beitragende Beobachterrolle“¹⁰, wie sie es nennt, auch höchst aufschlussreiche Einblicke in das komplexe Feld der medizinischen Versorgung für plurikulturelle Bevölkerungsgruppen geben kann. So ließ sie sich für eine vergleichende Studie zu Schwangerschaft und Geburt bei Anglo- und Hispanoamerikanerinnen speziell zur Hebamme ausbilden und meint rückblickend, dass sie offenbar erst nur so die für ihre Forschung notwendige Nähe sowohl zu den Gebärenden als auch zum weiteren medizinischen Personal herstellen konnte. Die aktive Zusammenarbeit mit den werdenden Müttern und ihre Beteiligung an der Bewältigung der im Geburtsverlauf auftretenden physisch-biologischen Probleme beurteilt sie als wesentliche Voraussetzung dafür, bei ihren Interpretationen die richtige Balance zwischen den biologischen, sozialen, kulturellen und wie auch immer anders zu klassifizierenden Teilaspekten medizinisch relevanter Prozesse gefunden zu haben – seien dies nun Schwangerschaft und Geburt oder physisch manifeste Erkrankungen jeder Art.

Auch der als Psychiater tätige Arzt und Ethnologe JONATHAN BOLTON (1995) weist unter anderem darauf hin, dass es aus der Perspektive der verantwortlichen Handelnden offenbar leichter fällt, die „biologische“ Seite und insbesondere den Geltungsbereich biomedizinischer Wissensbestände im Kontext von Krankheit und Medizin weder über- noch unterzubewerten. Darüber hinaus gelingt es aktiv Handelnden möglicherweise besser (denn es betrifft sie unmittelbar selbst), die stets vorhandenen Spielräume der an den beobachteten Prozessen beteiligten Individuen bei ihren Interpretationen zu berücksichtigen und einen real existierenden Menschen nicht mit dem Angehörigen eines theoretisch definierten „Systems“ oder dem Sklaven einer alles dominierenden „Kultur“ zu verwechseln.¹¹

Um die Perspektive des „Behandelnden“ allerdings methodisch nutzen zu können, sind gewisse Voraussetzungen unabdingbar. Deren eingehende Betrachtung würde allerdings den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen, und die grundlegenden Punkte ergeben sich aus dem bisher genannten weitgehend von selbst. So seien hier als theoretischen Voraussetzungen der „behandelnden Beobachtungssper-

spektive“ zum Abschluss nur die folgenden kurz zusammengefasst: Zeit, Geduld, die Fähigkeit zur Selbstreflexion, Respekt und Bescheidenheit müssen hier gewiss am Anfang stehen. Ein differenzierteres und im besten Falle ethnologisch geschultes Verständnis von Kultur erscheint mir ebenfalls als Grundbedingung, um sich vor allem im Hinblick auf „indianische Medizin“ und medizinischen Pluralismus nicht gleich in einem wirren Geflecht aus Vorurteilen, essentialistischen Auffassungen von „traditioneller Medizin“ und von „kulturspezifischen Krankheitsvorstellungen“ sowie (als biomedizinisch tätiger Arzt) Gewissensbissen zu verheddern. Vor allem ist aber die Fähigkeit gefragt, die eigenen medizinischen Kenntnisse zwar aktiv und mit der notwendigen Mischung aus Zurückhaltung und Selbstbewusstsein zu praktizieren, dabei aber gleichzeitig eine kritisch-distanzierte Haltung gegenüber ihren theoretischen Prämissen und Modellen zu bewahren. Diese Forderung richtet sich dabei nicht allein an Biomediziner/innen, sondern ebenso an die Vertreter aller anderen medizinischen Schulen und Richtungen.

Im Spannungsfeld zwischen der Nähe zu den Patienten und ihren Angehörigen sowie zu den eigenen Behandlungsmethoden auf der einen Seite, und der stets zu bewahrenden Distanz zu den Beobachtungen und zu den eigenen theoretischen Modellen, Begriffen und Kategorien – einschließlich der eigenen Medizin, der eigenen Wissenschaft wie auch der eigenen Kulturzugehörigkeit – auf der anderen, liegen sowohl die Chancen als auch die Schwierigkeiten der hier beschriebenen methodischen Haltung. Aber gerade die Ethnologie als „Wissenschaft vom kulturell Fremden“ (KOHL 1993) liefert das notwendige Rüstzeug, um diese Herausforderung erfolgreich annehmen zu können. Nämlich dann, wenn man etwa die von KOHL formulierte programmatische Aufforderung ernst nimmt, „die eigenen sozialen Institutionen, Normen und Werte, Gewohnheiten und kulturellen Selbstverständlichkeiten aus der distanzierten Sicht eines von außen kommenden Beobachters zu betrachten“ (1993: 95).

Zwar steht dieses Zitat bei KOHL im Kontext der „anthropologischen Wende“ der Ethnologie – also der Wende von der Selbstdefinition des Fachs über den Gegenstand (fremde Kulturen) hin zur Fremdheit als konstituierendem methodischem Prinzip – aber was spricht dagegen, die so definierte Perspektive auf das Eigene auch zur Bestimmung der theo-

retischen Bedingungen der eigenen Forschungssituation heranzuziehen? Konsequenterweise verliert die biomedizinische Qualifikation eines ethnologisch tätigen Forschers auf diese Weise auch noch den letzten Rest des Besonderen. Denn die spezifisch medizinische Vorbildung ist so betrachtet nichts anderes als eine unter vielen Charakteristika einer beliebigen „Ethnographin als »Frau mit Eigenschaften«“. Es ist allerdings wichtig, dass man sich zu diesen bekennt und ihre methodischen Konsequenzen explizit anzugehen versucht.

Es handelt sich bei der „behandelnden Beobachtung“ also keineswegs um ein spezifisch medizinisches oder gar ärztliches Problem. Dennoch hoffe ich, dass das „ärztliche Beispiel“ – als in der Medizinethnologie nicht ganz seltene Konstellation – dazu dienen könnte, im Sinne von BREUER et al (2002: [4]) exemplarisch über die folgenden Fragen nachzudenken: Wie traten die Charakteristika meiner spezifischen Subjektivität im Forschungsprozess in Erscheinung? Welche Auswirkungen hatten sie auf den Forschungsprozess und wie konnte damit im Sinne einer produktiven Erkenntnisgewinnung umgegangen werden?

Danksagung

Die Feldforschung war möglich dank eines Graduiertenstipendiums des DAAD im Rahmen des gemeinsamen Hochschulsonderprogramms III von Bund und Ländern (1997-98). Wichtige Anregungen zur Weiterentwicklung meiner Gedanken erhielt ich von Volker Rödelcke, sowie auf den Workshops der *AG Medical Anthropology* der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e. V. zum Thema „Methoden in der Medizinethnologie“ im Jahre 2003 (vgl. KNIPPER/WOLF 2004). Darüber hinaus danke ich der Herausgeberin dieser Ausgabe, Martine Verwey, für ihre sehr hilfreichen Anmerkungen und ihre Geduld.

Anmerkungen

- 1 Zu Details und Ergebnissen der Feldforschung vgl. insbesondere KNIPPER (2003b).
- 2 Beiträge aus Online-Journalen, wie hier aus dem „Forum Qualitative Sozialforschung“, werden zitiert, in dem der Jahreszahl in eckigen Klammern die im Originaltext genannte Nummer des Absatzes der zitierten Textstelle folgt. Im Literaturverzeichnis finden sich die URL sowie das Datum des letzten Zugriffs (vgl. dort).
- 3 Vgl. etwa BREUER 2003, BREUER et al 2002, DEVEREUX 1988, FUCHS/BERG 1995 (insbes. 64ff), HIRSCHAUER/AMANN 1997. Zu allgemeinen Fragen der Methodologie medizinethnologischer Forschung, vgl. etwa HELMAN (2001, KNIPPER/WOLF 2004, PELTO/PELTO 1990).
- 4 In jüngerer Zeit wiederholen beispielsweise BREUER und Kollegen (BREUER et al 2002, BREUER 2003) diese Forderung, allerdings jenseits des sehr spezifischen theoretischen Bezugsrahmens von Georges DEVEREUX, der unter anderem von einem sehr speziellen psychoanalytischen Modell ausging.

- 5 Der Ausdruck *mal aire* ist in weiten Teilen Lateinamerikas und Spanien als ein mit „Krankheit“ assoziierter Begriff bekannt, vgl. allein für Ecuador etwa ARGUELLO 1988, ESTRELLA 1978, IGLESIAS 1989, MCKEE 1988 und WORRELE 2002.
- 6 HIRSCHAUER/AMANN formulieren in ihrem programmatischen Essay „Die Befriedung der eigenen Kultur“ eine radikal induktive ethnographische Vorgehensweise, die sie als „opportunistische und feldspezifische Erkenntnisstrategie“ (1997: 20) beschreiben, und die sich unter anderem dadurch auszeichnet, dass die Fragestellungen und inhaltlichen Probleme erst im Rahmen des Forschungsprozesses entwickelt werden sollen. Insbesondere alles, was „fremd“ erscheint, alles Fragwürdige, Eigenartige und Unerwartete, die in der Forschung auftretenden Widersprüche, Zweifel und Konflikte sollen dabei zum Ausgangspunkt der ethnographischen Bemühungen genommen werden. Vgl. zum Thema „Fremdheit als methodisches Prinzip“ etwa auch KOHL (1993: 94ff).
- 7 Allerdings konzentrierte sich mein Forschungsinteresse auch nicht in erster Linie auf die „Spezialisten“ oder gar auf jene lokalen Akteure, die sich vergleichsweise offensiv als „traditionelle Heiler“ bezeichnen. Ich war zunächst an den Vorstellungen und Handlungsweisen der „Laien“ interessiert.
- 8 Unter „medizinischem Pluralismus“ verstehe ich hier die Vielfalt krankheitsbezogener Denk- und Handlungsweisen, Ressourcen und sozialer Institutionen innerhalb einer Gesellschaft oder einer Region. Zu den verschiedenen Definitionen von „medizinischem Pluralismus“ und möglichen Forschungsperspektiven vgl. den „klassischen“ Aufsatz von LESLIE (1980) sowie als aktuelle Übersicht mit einem Rückblick auf die Wirkungsgeschichte der Arbeit von Charles Leslie von LOCK/NICHER (2002). Speziell für den Andenraum vgl. GREIFELD/SCHMIDT (2003) sowie KOSS-CHIONINO et al (2003).
- 9 „Abwedeln“: Eine sehr verbreitete Behandlungsform bei den Naporana, wo mit stark rechenenden Blättern „Wind“ produziert und auf die erkrankte Person gefächelt wird, oft begleitet von Tabakrauch, vgl. KNIPPER (2003b).
- 10 Unter Bezugnahme auf HAZELL (1974) beschreibt TREVATHAN ihre „beitragende Beobachtungsposition“ folgendermaßen: „... being trained as a midwife allowed me to witness the birth event not only as a participant observer but also as a contributing observer“ (TREVATHAN 1988: 219-220, Hervorhebungen im Original).
- 11 Zum Kulturbegriff und der Frage des Verhältnisses zwischen Individuum und Kultur vgl. etwa WIMMER (1996).

Literatur

- ARGUELLO S. 1988. *Etiología de la medicina tradicional ecuatoriana. El caso del mal aire*. In: MCKEE L., ARGUELLO S. (Ed.) *Nuevas Investigaciones Antropológicas Ecuatorianas*. Quito: Abya Yala 199-208.
- BOLTON J. 1995. *Medical Practice and Anthropological Bias*. *Social Science and Medicine* 40, 12: 1655-1661.
- BREUER F. 2003. *Subjektivität der sozial-wissenschaftlichen Erkenntnisstätigkeit und ihre Reflexion: Epistemologische Fenster, methodische Umsetzungen* [44 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* [Online Journal], 4(2). Verfügbar über: http://www.qualitative-research.net/qs/texte/2-03/2_03m-tro-3_d.htm [Letzter Zugriff: 21.10.2004].
- BREUER F., MRUCK K., ROTH W.-M. 2002. *Subjektivität und Reflexivität: Eine Einleitung* [10 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* [Online Journal], 3(3). Verfügbar über: [VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung](http://www.qualita-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- ive-research.net/fqs/texte/3-02/3-02hrsg-d.htm [Letzter Zugriff: 20.10.2004]
- DEVEREUX G. 1988 [1967 Erstausgabe in Englisch] *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- ESTRELLA E. 1978. *Medicina Aborigen. La práctica médica aborigen de la sierra ecuatoriana*. Quito: Ed. Epoca.
- FUCHS M. & BERG G. E. 1993. Phänomenologie der Differenz. Reflexionsstufen ethnographischer Repräsentation. In BERG E. & FUCHS M. (Hg) *Kultur, soziale Praxis. Text Die Krise der ethnographischen Repräsentation*. Frankfurt/ M.: Suhrkamp. 11-108.
- GREIFELD K. & SCHMIDT B.E. 2003. Medizinische Systeme Süd- und Afroamerikas. In GREIFELD K. (Hg) *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Reimer. 105-132.
- HAZELL L. 1974. *Birth Goes Home*. Seattle: Catalyst.
- HELMAN C. 2001. New Research Methods in Medical Anthropology. In HELMAN C. *Culture, Health and Illness*. 4th Ed. London, New York, New Delhi: Arnold. 265-271.
- HIRSCHAUER S., AMANN K. 1997. Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In HIRSCHAUER S., AMANN K. (Hg) *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 7-52.
- IGLESIAS G. 1989. *Sacha Jambí. El uso de las plantas en la medicina tradicional de los Quichuas del Napo*. Quito: Abya-Yala.
- KNIPPER M. 2001. Zwischen mal'aire und Malaria. Medizinischer Pluralismus bei den Naporuna im Amazonastiefland von Ecuador. *INDIANA* 17/18: 293-316.
- 2003a. Der „Kollege yachac“. Anmerkungen zum Verhältnis zwischen Schamanen und Ärzten im Amazonastiefland von Ecuador. In SCHWEITZER DE PALACIOS D. und WORRLE B. (Hg) *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors (Reihe Curupira)*. Marburg: Curupira. 15-129-144.
- 2003b. *Krankheit, Kultur und medizinische Praxis. Eine medizinethnologische Untersuchung zu „mal'aire“ im Amazonastiefland von Ecuador*. Münster: LIT-Verlag.
- 2005. Self, soul and intravenous infusion. Medical pluralism and the concept of samay among the Naporuna in Ecuador. In JOHANNESSEN H. & LASZARI I. (Eds). *Multiple medical realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*. (Volume 4, EASA Series) Oxford, New York: Berghahn. 238-261.
- KNIPPER M. & WOLF A. 2004. Methoden und Methodologie medizinethnologischer Forschung. *curare* 27, 1+2: 61-72.
- KOHL K.-H. 1993. *Ethnologie – die Wissenschaft vom kulturellen Fremden*. München: C.H. Beck.
- KOSS-CHINOJO J., LEATHERMAN T., GREENWAY C. 2003. *Medical Pluralism in the Andes*. London and New York: Routledge.
- LESLIE C. 1980. Medical pluralism in world perspective. *Social Science and Medicine* 14B,4: 191-195.
- LOCK M. & NICTER M. 2002. Introduction. From documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies, and practices. In NICTER M. & LOCK M. (Eds) *New Horizons in Medical Anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*. London and New York: Routledge. 1-34.
- MCKEE L. 1988. Tratamiento etnomédico de las enfermedades diarreicas de los niños en la sierra del Ecuador. In MCKEE L., ARGÜELLO S. (Eds) *Nuevas Investigaciones Antropológicas Ecuatorianas*. Quito: Abya Yala. 209-233.
- PELTO P. & PELTO G.H. 1990. Field Methods in Medical Anthropology. In JOHNSON T.M. & SARGENT C.F. (Eds) *Medical Anthropology. A Handbook of Theory and Method*. New York, Westport, London: Greenwood Press. 269-297.
- TEDLOCK B. 1991. From participant observation to the observation of participation: the emergence of narrative ethnography. *Journal of Anthropological Research* 47,1: 69-94.
- TREVATHAN W.R. 1988. Childbirth in a bicultural community. Attitudinal and Behavioural Variation. In MICHAELSON K.L. (Ed) *Childbirth in America. Anthropological Perspectives*. Massachusetts: Bergin and Garvey. 216-227.
- WIMMER A. 1996. Kultur. Zur Reformulierung eines sozialanthropologischen Grundbegriffs. *Kolner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48: 401-425.
- WORRLE B. 2002. *Heiler, Rituale und Patienten. Schamanismus in den Anden von Ecuador*. Berlin: Reimer.



Michael Knipper, Jg. 1967, Dr. med., Arzt, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin, Universität Gießen. Forschungsinteressen: Medizinischer Pluralismus und interkulturelle Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich in historischer und gegenwartsbezogener Perspektive. Regionale Schwerpunkte Lateinamerika (Ecuador, div. Feldforschungsaufenthalte seit 1992) und Deutschland (insbes. medizinische Versorgung von Migranten); Geschichte der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit, von Sozialmedizin und Public Health insbesondere in Lateinamerika; Geschichte, Theorie und Methoden der Medizinethnologie / Ethnomedizin. Lehre u.a. „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ und „Migrantenmedizin: interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund“ (Wahlfach im klinischen Studienabchnitt, Gießen).

Institut für Geschichte der Medizin, Justus-Liebig-Universität
Gießen, Jheringstr. 6, 35392 Gießen
e-mail: Michael.Knipper@histor.med.uni-giessen.de