

“Quo vadis, Global Health?”

Perspektiven eines Lehr- und Forschungsfeldes

FRANK KRESSING

Einleitung

Global Health hat sich auf internationaler Ebene seit einigen Jahren als Begriff etabliert, der Rahmenbedingungen medizinischer Versorgung in einem weltweiten Maßstab einzubeziehen versucht. Gegenüber früheren Ansätzen aus den Bereichen von Public Health und Tropenmedizin nimmt Global Health eine erweiterte, transdisziplinäre Perspektive in Anspruch. Die Absicht des folgenden Beitrags besteht darin, einige Entwicklungslinien dieses Lehr- und Studienfeldes im bundesdeutschen Kontext aufzuzeigen. Insbesondere wird dabei auf Aspekte interkultureller Begegnungen in der Medizin hingewiesen, die nach Meinung des Verfassers einen unverzichtbaren Teil von Global Health darstellen. Dies soll in einer durchaus persönlichen Perspektive anhand von eigenen Forschungen zum medizinischen Pluralismus in den Zentralanden und in Zentralasien geschehen. Abschließend wird auf mögliche zukünftige Themenschwerpunkte von Global Health hingewiesen werden, welche die enge Verquickung weltweiter menschlicher Gesundheit mit Praktiken der Ethnomedizin, Ethnopharmakologie und Biodiversität deutlich werden lassen.

Definitionen

Der Lehr- und Forschungsschwerpunkt Global Health beschäftigt sich mit der Gesundheitsversorgung – oder gerade Nicht-Versorgung – in einer globalen Perspektive und berücksichtigt dabei nicht allein „klassische“ medizinische Aspekte von Diagnose und Therapie, sondern bezieht gleichermaßen „nicht-medizinische“ Rahmenbedingungen wie den Klimawandel, kriegerische Auseinandersetzungen, wirtschaftliche Ungleichheit, kulturelle und religiöse Diversität oder *Gender*-Fragen mit ein. Es handelt sich um mehr als ein abgegrenztes Fachgebiet, um ein Themengebiet, welches vielfältige medizinische und nicht-medi-

zinische Fachdisziplinen umfasst (BEAGLEHOLE & BONIA 2010). Eine weit verbreitete Definition lautet:

Global health is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes inter-disciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care. (KOPLAN *et al.* 2009: 1994).

Einige Autoren (etwa LI *et al.* 2012: 1308) identifizieren mit “Global Health” vor allem eine Betrachtungsweise (*approach*), mit der medizinische Fragen und Herausforderungen analysiert werden. Damit ist für den Bereich von Global Health eine gewisse Beliebigkeit von Themen, Schwerpunkten und Aufgabengebieten angelegt, was den Psychiater und Medizinanthropologen Arthur KLEINMAN (2010: 1518) zu dem Schluss führt: “Global health, many would agree, is more a bunch of problems than a discipline.”

Wohl auch gerade aufgrund der großen Spannweite erfreuen sich Global Health-Themen in der öffentlichen Diskussion großer Aufmerksamkeit, oder in den Worten von KOPLAN *et al.* (2009: 1993):

Global Health is fashionable. It provokes a great deal of media, student, and faculty interest, ... is supported by governments as crucial component of foreign policy, and has become a major philanthropic target.

Global Health in der akademischen Lehre

Das öffentliche Interesse an Global Health ist als Grund dafür zu sehen, dass die Einführung dieses relativ neuen Unterrichtsfeldes vor allem von

Studierenden befürwortet wird. Schon 2006 hob die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (BVMD) in ihrem *Kerncurriculum für die Medizinische Ausbildung in Deutschland* hervor, welche Bedeutung die Einflüsse von Umwelt, Kultur und Globalisierung für die ärztliche Ausbildung haben (ebd. 2006: 13). Weitergeführt wurde dieses Bestreben 2009 mit der Veröffentlichung des Positionspapiers *Lehre am Puls der Zeit* durch die *Globalisation and Health Initiative* (GANDHI 2009). Ausgehend von einer akuten Bedarfslage für Global Health-Themen in der medizinischen Ausbildung (vgl. BRUCHHAUSEN & TINNEMANN 2011, KICKBUSCH *et al.* 2017, GABRYSCH & PHILIPP 2018) wurde im Mai 2011 in Anlehnung an internationale Vorbilder die *Global Health Alliance Deutschland* gegründet. Die *Alliance* versteht sich als akademisches Forum für Studierende, Lehrende und praktisch Tätige im medizinischen Bereich. 2013 gründete sich in Graz der *Ausschuss für kulturelle Kompetenz und Global Health* innerhalb der *Gesellschaft für medizinische Ausbildung*. Dieser Ausschuss verabschiedete mittlerweile das Positionspaper „Kulturelle Kompetenz und Global Health – Perspektiven für die medizinische Ausbildung“ (MEWS *et al.* 2018). Auch die Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) und die deutsche Hochschulrektorenkonferenz sprachen sich in den vergangenen Jahren für die Internationalisierung der medizinischen Curricula und die Einbeziehung von Global Health-Themen aus (LEOPOLDINA 2015; HOCHSCHULREKTORENKONFERENZ 2017). Inzwischen wird an 24 von 36 medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland Global Health unterrichtet.

Global Health – ein weites Themenspektrum

In Anlehnung an die oben genannten Publikationen von Medizinstudierenden lassen sich drei Cluster als Vorschläge für ein umfassendes Global Health-Curriculum definieren: 1. Politische Rahmenbedingungen und gesundheitspolitische Maßnahmen, 2. Aspekte bevölkerungsbezogener und individualmedizinischer Gesundheit sowie 3. soziale und grenzüberschreitende Determinanten von Gesundheit (GANDHI 2009: 9).

Damit ist ein weites Themenfeld abgesteckt, gleichzeitig jedoch auch eine große thematische Beliebigkeit geschaffen: Global Health-Themen

können sowohl der Klimawandel im subsaharen Afrika wie auch sogenannte Wohlstandskrankheiten in der südlichen Erdhälfte sein. Der Global Health-Ansatz beschränkt sich nicht allein auf die Untersuchung des Gesundheitszustandes von Menschen in der südlichen Erdhälfte, sondern bezieht gleichermaßen den „globalen Norden“ wie den „globalen Süden“ mit ein, wobei diese Begriffe nicht notwendigerweise als geographische Termini verstanden werden, sondern vielmehr die innige Verzahnung von Gesundheitsfaktoren durch transnationale Zusammenhänge betonen. Hintergründe und mittelbare Ursprünge von Gesundheitsrisiken liegen oft in ganz anderen Ländern und Weltregionen als ihre Effekte, wie der Zugang zu Medikamenten oder der globale Waffenhandel zeigen. Der „globale Norden“ findet sich in Gestalt zahlungskräftiger Käuferschichten für teure Operationen oder Spenderorgane durchaus auch in der südlichen Erdhälfte, der „globale Süden“ in Gestalt von Flüchtlingen, Migranten und medizinisch unterversorgten „einheimischen Bevölkerungsschichten“ auch in Westeuropa und Nordamerika.

Die zunehmende Internationalisierung des Gesundheitssektors manifestiert sich bekanntermaßen auch hierzulande: Indizien dafür sind der hohe Prozentsatz der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland (etwa neun bis 16 Millionen Menschen), die wachsenden Anzahl von Patientinnen und Patienten mit „fremdkulturellem“ Hintergrund, die zunehmende Zahl an Medizintouristen (vgl. KRESSING 2017, 2018), zunehmend international zusammengesetzte Behandlungs- und Pflegeteams in Gesundheitseinrichtungen und die wachsende Anzahl an internationalen Medizinstudierenden.

Health Inequities im Fokus

Ein grundlegender Ansatzpunkt von Global Health besteht im weltweit völlig ungleich verteilten Zugang zur Gesundheitsversorgung, den so genannten *health inequalities* und *health inequities*. Diese so genannten *health inequities* verschiedener Bevölkerungsanteile sind in unterschiedlicher Ausprägung und lokaler Gestaltung weltweit zu finden und beruhen maßgeblich auf den sozialen Determinanten von Gesundheit (VOIGTLÄNDER *et al.* 2008, WHO 2017). Das seit den 1970er

Jahren von der Weltgesundheitsorganisation popularisierte Ziel „Gesundheit für alle“ ist bei weitem nicht erreicht worden (vgl. WHO 1981). Stattdessen herrschen in vielen Teilen der südlichen Erdhälfte gesundheitliche Not-, Mangel- oder Fehlversorgung vor – bis hin zu gesundheitlicher Überversorgung in Gestalt so genannter „weißer Elefanten“ (BOVARD 1987) – gemeint sind damit aufwändig errichtete Krankenhausbauten, die von der einheimischen Bevölkerung nicht oder nur eingeschränkt genutzt werden.

Mit Hilfe des *Gapminder* oder *Worldmapper*-Programmes des schwedischen Arztes Hans ROSLING (geboren 1948) lassen sich diese weltweiten Disparitäten sehr anschaulich darstellen, zum Beispiel die Ausgaben im Gesundheitssektor im Vergleich zur Verteilung der Weltbevölkerung oder die weltweit äußerst ungleiche Verteilung von Infektionskrankheiten (http://archive.worldmapper.org/~display_extra.php?selected=483). Wie die *Gapminder*-Landkarten eindrücklich zeigen, betrifft die unter dem Schlagwort *Global Burden of Diseases* zusammengefasste Mangel- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen in erster Linie Länder der südlichen Erdhälfte (vgl. MURRAY & LOPEZ 1996). Innerhalb der Diskussion um Global Health wurden weiterhin die Schlagworte *Urban Penalty* und *The Poor Die Young* geprägt, um die Abhängigkeit der Gesundheitsversorgung vom Einkommen, aber auch von gesundheitsgefährdenden Lebensbedingungen in *MegaCities* zu beschreiben. Bereits der Bericht der *UN Habitat Conference* aus dem Jahre 2006/07 legte dar, dass die fünf berichtigtesten „Killerkrankheiten“ weltweit (Pneumonie, Diarrhöe, Malaria, Masern sowie HIV/Aids) größtenteils durchaus vermeidbar wären. Diese Krankheiten verursachen mehr als die Hälfte aller Todesfälle bei Kindern weltweit. Weiter heißt es in diesem Bericht:

[...] Studies indicate that the prevalence of these killer diseases in urban slums is due to bad living conditions rather than income levels. For instance, municipal supplies of safe drinking water rarely penetrate slums. It is common for pit latrines to be shared by thousands of people. Children from the highest income groups in slums have higher rates of diarrhea than children of the poorest rural families because they are exposed to contaminated water and food. Pneumonia and diarrhea each kill more than 2 mil-

lion children in developing countries annually. (UN 2016). http://www.unhabitat.org/downloads/docs/~5636_27492_SOWCR%2022.pdf.

Ausweg Medizintourismus?

Unter Medizintourismus sei hier die weltweite Auslagerung von Heil- und Pflegeleistungen (*Global Outsourcing*) verstanden. Auf den ersten Blick scheint diese weltweit florierende Branche eine Möglichkeit zur Eindämmung der oben beschriebenen weltweiten Disparitäten zu bieten. Wie allerdings schon Milica und Karla BOOKMAN (2007) darlegen, erweist sich das ökonomisch motivierte Konzept des Medizintourismus nur in Ländern mit vorteilhaften wirtschaftlichen und politischen Bedingungen als erfolgreich.

Im Rahmen des internationalen Medizintourismus werden gezielt technisch und fachlich aufwändige Heil- und Pflegeleistungen in westlichen Ländern (USA, Westeuropa, Japan) für eine Klientel aus der südlichen Erdhälfte bereitgestellt. Andererseits werden auch vergleichsweise kostengünstige Dienstleistungen in Bezug auf Alten- und Krankenversorgung mit westlichem Standard in der südlichen Erdhälfte angeboten. Diese Dienstleistungen schließen auch Rehabilitationsmaßnahmen und medizinische Langzeitbetreuung mit ein. Die ökonomischen Dimensionen des Medizintourismus machte schon vor mehr als einem Jahrzehnt ein Bericht des *National Center for Policy Analysis* im US-amerikanischen Dallas deutlich:

Apollo Hospital in New Delhi, India, charges \$4,000 for cardiac surgery, compared to about \$30,000 in the United States. Hospitals in Argentina, Singapore or Thailand charge \$8,000 to \$12,000 for a partial hip replacement—one-half the price charged in Europe or the United States. Hospitals in Singapore charge \$18,000 and hospitals in India charge only \$12,000 for a knee replacement that runs \$30,000 in the United States. A rhinoplasty (nose reconstruction) procedure that costs only \$850 in India would cost \$4,500 in the United States. In 2006, the medical tourism industry grossed about \$60 billion. (HERRICK 2007).

Wie diese Zahlen andeuten, trägt der gegenwärtig praktizierte Medizintourismus insgesamt eher zur Verstärkung als zur Beseitigung weltweiter Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung bei – dies war zumindest das Fazit einer vom Ver-

fasser im Juli 2012 organisierten Sommerakademie zu Perspektiven des Medizintourismus an der Universität Ulm (*Perspectives on Global Health in the 21st Century—Medical Tourism*).

An dieser vom Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) geförderten Konferenz nahmen 17 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus so unterschiedlichen Ländern wie Kanada, Brasilien, Nigeria, Sambia, Palästina, Tadschikistan, Indien, Pakistan, Sri Lanka, Südkorea, Portugal, Rumänien und Deutschland teil. Unter dem Schlagwort *Medical Travel—Benefit or Burden* wurde eine Bestandsaufnahme neuer Regionen des Medizintourismus (z. B. Nordostbrasilien, Südkorea, Palästina, Pamir/Tadschikistan) vorgenommen und eine ethisch begründete Bewertung der globalisierten medizinischen Kommodifizierung von Versorgungseinrichtungen geleistet (vgl. KRESSING 2017, 2018). Unter anderem stellte sich heraus, dass die mit der weltweiten Kommerzialisierung medizinischer Dienstleistungen verbundene Fokussierung auf den internationalen Gesundheitsmarkt in vielen Ländern der südlichen Hemisphäre dazu führen kann, dass die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen für die eigene Bevölkerung vernachlässigt wird. So kann sich die reiche nigerianische Oberschicht je nach Religionszugehörigkeit Krankenhausaufenthalte in den USA, Israel oder Saudi-Arabien (oft verbunden mit der *Haddsch*) leisten und sieht deshalb keine Notwendigkeit, eine Basisgesundheitsversorgung im eigenen Land sicher zu stellen (vgl. TAHIR *et al.* 2013).

Medizinischer Pluralismus als notwendiges Themenfeld von Global Health

Weil die Mehrheit der Weltbevölkerung im Krankheitsfalle nur über eingeschränkten oder gar keinen Zugang zu westlichen, allopathischen Behandlungsmöglichkeiten verfügt, ist insbesondere in den Ländern der südlichen Erdhälfte ein großer Teil der Bevölkerung auf traditionelle Heilerinnen und Heiler als wichtiger Ressource der Gesundheitsversorgung angewiesen. Teilweise werden diese auch bevorzugt oder erfreuen sich auch innerhalb der biomedizinisch besser versorgten Mittel- und Oberschichten großer Beliebtheit.

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO)

wurde bereits vor einigen Jahrzehnten auf die Unverzichtbarkeit traditioneller Heiler aufmerksam. In ihrer 1978 verabschiedeten Deklaration zur Basisgesundheitsversorgung (vgl. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata 1978) sah die WHO die Einbeziehung von vier verschiedenen Klassen traditioneller Heiler vor: Phytotherapeuten, traditionelle Hebammen, traditionelle Chiropraktiker und sogenannte „magisch-religiöse Heiler“. Deren Tätigkeiten werden in der Literatur unter verschiedenen und durchaus kontrovers diskutierten Oberbegriffen wie Ethnomedizin, Volksheilkunde, *folk medicine*, Alternativ- oder Komplementärmedizin zusammengefasst (PFLEIDERER & BICHMANN 1985, GREIFELD 2003).

Diese ethnomedizinische Komponente soll im Folgenden etwas ausführlicher anhand eigener Forschungsergebnisse und Erfahrungen dargestellt werden. Im Fokus stehen dabei verschiedene Determinanten der Heilerwahl innerhalb von Prozessen des *Health Shopping*, *Healer Shopping* und – bislang in der einschlägigen Literatur nicht thematisiert – des *Paradigm Shopping*. Gemeint ist damit der Wechsel zwischen ganz verschiedenen medizinischen, rituellen und religiösen Bezugssystemen bei der gleichzeitigen oder konsekutiven Inanspruchnahme verschiedener Heilinstanzen (vgl. PFLEIDERER & BICHMANN 1985, BICHMANN 1987, GREIFELD & SCHMIDT 2003).

Interkulturelle Begegnungen und Konflikte

Das Programm zur Einbeziehung traditioneller Heiler in die Basisgesundheitsversorgung (*Primary Health Care*) scheiterte weitgehend daran, dass die WHO der innigen Verquickung von „nicht-magischen“ Heilweisen mit unterstützenden spirituellen Praktiken und dem häufig vorzufindenden nahtlosen Übergang von Heil- zu Kollektivritualistik nicht in ausreichender Weise Rechnung trug – weiterhin daran, dass viele traditionelle Heiler die vorgesehene Oberaufsicht und Lizenzierung durch Angehörige der offiziellen Ärzteschaft ablehnten (MACLEAN & BANNERMAN 1982: 1815–1816, BICHMANN 1987: 63–73, BASTIEN 1992). Diese Formen nicht biomedizinischer Gesundheitsfürsorge sind in häufig fremdkulturelle Krankheitsätiologien eingebunden, die von westlichen Erklärungsansätzen sehr weit abweichen können.

Auch die in ethnomedizinischen Praktiken behandelten Syndrome gelten teilweise als kulturgebunden, zum Beispiel „der böse Blick“ oder *susto*, aber auch das prämenstruelle Syndrom (PMS) im „Westen“ (vgl. FADIMAN 1997, GREIFELD 2003: 23–30). Damit ist auf die sehr verschiedenen Formen von Kooperation und Konkurrenz zwischen „Bio“-Medizin und „Ethno“-Medizin verwiesen (vgl. PFLEIDERER & BICHMANN 1985, BICHMANN 1987, GREIFELD & SCHMIDT 2003, BRUCHHAUSEN 2010: 497–522), welche im Folgenden anhand von Beispielen aus den Zentralanden und Zentralasien stärker thematisiert werden sollen.

Medizinischer Pluralismus in der Kallawayaregion (Bolivien)

Die erste Studie, durchgeführt mit freundlicher Unterstützung des „Freundeskreises Indianerhilfe“ in Burscheid bei Köln, hatte das Verhältnis von traditionellem Ritualwesen und westlicher Medizin in der Kallawayaregion Boliviens zum Thema (vgl. KRESSING 1995, 1997, 1999). Die Region liegt am Ostabhang der Anden, entspricht weitgehend der Provinz Bautista Saavedra im *departamento* La Paz, verfügt über eine Fläche von etwa 2 500 km² und wird von ungefähr 25 000 Menschen bewohnt, welche überwiegend die indigene Sprache *Quechua* sprechen. Als ein dialektal sehr differenziertes „Mehrsprachenkonglomerat“ stellt Quechua die „Indianersprache“ mit der größten Sprecherzahl auf dem amerikanischen Doppelkontinent dar und wird von etwa acht bis zwölf Millionen Menschen in den Andenstaaten Peru, Ecuador, Bolivien, im Nordwesten Argentiniens und im äußersten Süden Kolumbiens verwandt. Es war die Sprache des Inka-Reichs (*Tawantinsuyu*) und ist in kolonialer Zeit von den Spaniern noch weiter über sein ursprüngliches Sprachgebiet hinaus verbreitet worden.

Die Kallawayaregion weist eine überdurchschnittliche Dichte von indigenen Heilern auf, weshalb das Gebiet 2003 zum Weltkulturerbe der UNESCO erklärt wurde (RÖSING 2008) – seine Bewohner stehen seit nunmehr 15 Jahren sozusagen „unter Kulturschutz“. Neben der traditionellen indianischen Medizin bestehen in der Region Einrichtungen einer rudimentären westlichen Gesundheitsversorgung, nämlich ein kleines Hospital, dessen Ärzte meistens abwesend sind, und

ein über private Spendengelder finanzierter Sanitätsposten einer nicht-regierungsgebundenen Organisation, die in der Region einfach als *farmacia* (Apotheke) bezeichnet wird.

Angeichts der Tatsache, dass in der Kallawayaregion ein über Jahrhunderte gewachsenes traditionelles Heilwissen vorzufinden ist (BASTIEN 1987, ABDEL-MALEK *et al.* 1995) stellt sich die Frage, ob diese Gesundheitseinrichtungen angesichts der „Überversorgung“ mit traditionellen Heilern überhaupt gebraucht werden. Zur Beantwortung dieser Fragen wertete ich in den 1990er Jahren die Krankenakten des kleinen Hospitals und der Gesundheitsstation in der Region aus, begleitete den Sanitäter bei Hausbesuchen in weit entfernten Dörfern der Region und befragte die Bevölkerung (*campesinos, indígenas*), was sie im Krankheitsfall tut. Hinzu kam die Auswertung von Volkszählungsdaten für die Region (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA 1992).

Ergebnisse einer Studie zu Determinanten der Heilerwahl

Die Ergebnisse dieser Erhebung waren durchaus widersprüchlich: Die befragten Einwohner der Region sagten weitestgehend einhellig, dass sie sich im Krankheitsbild auf die örtlichen *médicos kallawayas* und *jampiqkuna* (abgeleitet vom Quechua-Verb *jampiy* „heilen“) verlassen. Wie zum Beispiel Dokumente aus der ländlichen Erwachsenenbildung für *campesinos/campesinas* zeigen (COMUNIDAD EDUCATIVA AYNIKUSUN 1994), besteht ein ganz deutliches Misstrauen gegenüber dem staatlichen Krankenhaus. Es wird mit sichtlichem Stolz auf die ethnomedizinisch orientierte Automedikation verwiesen und die ausschließliche Inanspruchnahme der *médicos kallawayas* im Krankheitsfall betont.

Die Krankenakten gaben demgegenüber ein ganz anderes Bild wieder. Sie zeigen, dass so gut wie jeder dritte Einwohner der Region in einem Zeitraum von sieben Jahren mindestens einmal eine der drei biomedizinischen Gesundheitseinrichtungen aufsuchte. Somit wird hier die aus der Literatur bekannte Diskrepanz zwischen Morbiditätsstudien, die auf Interviews beruhen, und solchen, die auf klinischen Studien beruhen, bestätigt (vgl. HAHOLD & KROEGER 1987).

Bezüglich der Verteilung nach den mitein-

ander verknüpften Variablen Schichtzugehörigkeit und Ethnizität, d. h. der Dichotomie *mestizo* (Angehöriger der ländlichen Oberschicht) versus *campesino* (indianischer Bauer) war festzustellen, dass ein Drittel der Konsultationen sowohl im Krankenhaus wie auch in der Krankenstation auf „Mestizen“ entfiel, obwohl diese nur 5 % der Bevölkerung ausmachen. Zwei Drittel der Gesamtkonsultation entfielen auf indianische Bauern über 15 Jahre, die 55 % der Gesamtbevölkerung stellen, d. h. Männer waren als Klientel der biomedizinischen Einrichtungen überrepräsentiert. Als wichtigste Determinanten der Wahl zwischen traditionellen Heilern und den Einrichtungen der westlichen Medizin stellten sich insgesamt die geographische Erreichbarkeit der Einrichtungen (zu Fuß), Schichtzugehörigkeit und Ethnizität (*campesino/a* versus *mestizo/a*) sowie Alter und Geschlecht der Patienten heraus.

Plädoyer für kultursensible „biomedizinische“ Gesundheitsversorgung

Eine weitere wichtige Rolle spielte die kulturelle Kongruenz im Wertesystem von Gesundheitseinrichtung und Patienten, denn der Vergleich der Konsultationen in den beiden biomedizinischen Einrichtungen (Hospital versus Krankenstation/*farmacia*) zeigte, dass die *farmacia* zum einen 40 % mehr Behandlungen als das Krankenhaus aufweist, zum anderen die Zahl an Mehrfachkonsultationen sehr viel höher war (1 261 Patienten bei 3 000 Konsultationen). Daraus lässt sich eine entschieden höhere Akzeptanz der *farmacia* als des Hospitals innerhalb der Bevölkerung ableiten, und zwar sowohl bei den *campesino/as* als auch bei den Mestizen, wenngleich sich bezüglich des Krankheitsspektrums nachweisen lässt, dass chronische Infektionskrankheiten eher in der *farmacia*, akute Infektionskrankheiten eher im Hospital behandelt werden.

Gerade die stärkere Beliebtheit der Krankenstation gegenüber dem Hospital zeigt, dass einer kultursensiblen, patientenorientierten Krankenversorgung durch muttersprachliche *indigenas* entscheidende Bedeutung zukommt – gerade auch, um die dringend benötigte allopathische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Auch die informellen Befragungen zeigten eine insgesamt größere Akzeptanz der von einer NGO

(*organización no gubernamental/ONG*) getragenen Institution der „kulturell informierten Entwicklungshilfe“ gegenüber der staatlichen Krankenversorgung – auch bei Angehörigen der ländlichen Oberschicht. Bei allen Bevölkerungsgruppen der Region wird somit die Gesundheitsversorgung durch Fachkräfte vom Typ des *community health workers* (Spanisch: *promotor de salud*) gegenüber den zwangsversetzten Ärzten bevorzugt, die in der Region ihr *año de provincia* ableisten (staatliches Pflichtjahr, vgl. das deutsche PJ) ableisten. Diese Ärzte werden als jung, unerfahren und demotiviert eingestuft.

Die statistische Auswertung der Krankenakten dokumentiert somit einen akuten Bedarf an allopathischer Medizin. Unterstützt wird diese Aussage durch die Zensusdaten, denen zufolge die Mortalitätsrate in der Provinz Bautista Saavedra mit 2,6 % sehr deutlich über dem landesweiten bolivianischen Durchschnitt von 1,8 % liegt. Es ist somit zu folgern, dass die traditionelle „Ethnomedizin“ naheliegender Weise keinesfalls allein die Gesundheitsbedürfnisse der örtlichen Bevölkerung befriedigen kann, auch wenn eine gegenüber dem landesweiten Durchschnitt überproportionale Inanspruchnahme traditioneller Heiler vorliegt und die Zensusdaten eine geringere Inanspruchnahme westlicher Einrichtungen als im nationalen Durchschnitt zeigen. Stattdessen kann eine einseitige Favorisierung der „Ethnomedizin“ durchaus zur Vernachlässigung der Gesundheitsbedürfnisse der indigenen Bevölkerung führen (KRESSING 1995, 1997, 1999). Kennzeichnend dafür ist eine Anekdote aus einem anderen Andenland (KNIPPER 2007: 219): Zwei Kanus treffen sich auf dem Río Napo im östlichen Ecuador – in dem einen Boot sitzen Indianer, in dem anderen Mestizen und „Weiße“, welche die *indigenas* fragen: „Wohin des Wegs?“ – „In die Stadt, zum Arzt“, rufen die Indianer. „Ins Dorf, zum Schamanen“, antworten die Mestizen und Weißen. – Diese Begebenheit zeigt, dass die indigene Bevölkerung ein dringendes Bedürfnis nach biomedizinischer Versorgung hat, während gleichzeitig die Ethnomedizin als „schick“ bei städtischen Ober- und Mittelschichten gilt. Der gegenwärtige „Boom“ der Nutzung von Ethnomedizin, Komplementär- und Alternativmedizin durch Menschen im „Westen“ weist dazu deutliche Parallelen auf (vgl. ALBRECHT 2010).

Schamanismus in Ladakh

Mein zweites Beispiel beschäftigt sich mit der Heilerwahl und den gesundheitlichen Funktionen schamanischer Rituale in Ladakh im äußersten Nordwesten Indiens. Ladakh besteht aus den beiden mit begrenzter Autonomie ausgestatteten Bezirken Leh und Kargil im indischen Bundestaat Jammu und Kaschmir. Kulturell ist die Region tibetisch geprägt. Sie gelangte auf Grund historischer Zufälligkeiten im 19. Jahrhundert unter die Jurisdiktion Britisch-Indiens. Ladakh ist wegen seiner Grenzlage zu Pakistan und China hochgradig militarisiert und weist eine zur Hälfte buddhistische, zur anderen Hälfte muslimische Bevölkerung auf. Die Region ist weiterhin durch eine außerordentliche Vielfalt verschiedener Heilsysteme gekennzeichnet (KUHN 1988), die zum Teil religiös gebunden sind. Neben Praktizierenden der traditionellen tibetischen Medizin (*bod sman*), den *am-chi*, gibt es buddhistische Mönche und moslemische Scheichs, die Heilungen vornehmen, Praktizierende der hinduistisch orientierten *Ayurveda*-Medizin und allopathische Ärzte (durchaus auch einheimische Ladakhis) – und so genannte „Gott-Menschen“ – *lha-mo* (weiblich) oder *lha-pa* (männlich) genannt, die in selbst induzierten Trance-Zuständen mit Besessenheitsphänomenen (*zhug-ces*) Heilungen und Divinationen vornehmen (DAY 1989, YAMADA 1993), weshalb sie von englisch-sprachigen Ladakhis auch als *oracles* bezeichnet werden (KRESSING 2003a, 2003b, 2012b, 2016; Transliteration der Termini aus dem Ladakhi und Tibetischen in Anlehnung an WYLIE 1959: 261–267).

In dem zwischen 1998 und 2001 von der Stiftung Volkswagenwerk geförderten Projekt *Fremdheitslage, Fremdheitslast und Fremdheitslösungen im buddhistischen Ladakh* mit insgesamt fünf europäischen und vier indischen Mitarbeitern wurde versucht, die dort zu verzeichnende, rapide Zunahme der Zahl der seit den 1990er Jahren schamanisch orientierten Volksheiler in Beziehung zu massiven Fremdheitseinflüssen in der Region zu setzen. Wir versuchten, diese „Proliferation“ mit der hochgradigen Militarisierung der Region, die Zugehörigkeit zum moslemischen Bundesstaat Jammu und Kaschmir (die von der ladakhischen Bevölkerung durchwegs als bedrückend angesehen wird) und Einflüssen des seit den 1970er Jah-

ren bestehenden Kultur- und Trekking-Tourismus in Beziehung zu setzen. Entsprechende Hinweise konnten wir in insgesamt 120 narrativen Interviews und beim Besuch von fünfzehn Heil- und Divinations-sitzungen der *oracles* finden. Die narrativen Interviews wurden in einem aufwändigen Verfahren in der damaligen Abteilung Kulturanthropologie an der Universität Ulm transkribiert und transliteriert.

Wie sich feststellen ließ, nehmen die schamanischen Heilerinnen und Heiler nicht nur kurative Funktionen wahr, sondern wirken auch als Wahrsagerinnen und Lebensberater, so dass ihnen auch eine präventive medizinische Funktion zukommt (KRESSING 2012b). In den Heil- und Divinations-sitzungen kann man Soldaten der indischen Armee neben einheimische Bäuerinnen und Bauern, Moslems neben Buddhisten und zum Teil auch westliche Schamanenforscher finden – manchmal sogar mehr *Researcher* mit Übersetzern als Patienten! In den Heil- und Divinationssitzungen fanden sich teilweise auch dieselben buddhistischen Mönche, die kurz zuvor in einem Interview noch erklärt hatten, dass sie die Praktiken der *lha-mo* und *lha-pa* für nicht vereinbar mit den buddhistischen Doktrinen des *dharma* hielten.

Heil und Gesundheit aus der Ferne?

Das damit beschriebene, in sich oft widersprüchlich erscheinende Oszillieren zwischen ganz verschiedenen, auch ideologisch sehr divers orientierten Heilinstanzen kann als weltweit verbreitetes Phänomen nachgewiesen werden. Die Konfrontation von kulturell unterschiedlichen Konzepten von Diagnose und Therapie findet nicht nur in vermeintlich weit entfernten Ländern der südlichen Erdhälfte, sondern im „globalen Norden“ statt. Grund dafür ist vor allem das wachsende Angebot aus dem Bereich der Komplementär-, Alternativ- und Ethnomedizin auf dem globalisierten Gesundheitsmarkt (vgl. BRUCHHAUSEN 2010). Diese Heilverfahren werden zum Teil mehr von Westeuropäern als von Einheimischen in Anspruch genommen und sind häufig in der Form ihrer Performanz speziell auf eine westliche Klientel zugeschnitten. Konträr zur Attraktivität „ethnomedizinischer Heilverfahren“ für Medizintouristen aus westlichen Ländern und auch für die einheimische städtische Oberschicht zei-

gen Studien aus Südamerika, dass indigene Bevölkerungen „... bei akuten Beschwerden dazu tendieren – im Anschluss an die Selbsthilfe durch die Hausmedizin – zunächst ins Krankenhaus zu gehen oder andere biomedizinische Angebote in Anspruch zu nehmen, bevor sie sich einheimischen Heilern zuwenden“ (KNIPPER & WÖRRLE 2010: 201f).

Pharmazeutische Verwertungsinteressen, Indigenous Knowledge und Intellectual Property Rights

In der therapeutischen Anwendung der „Ethnomedizin“ werden vornehmlich Versatzstücke außereuropäischer Medizintraditionen in eklektizistischer Weise im Sinne eines „spirituellen Selbstbedienungsladens“ übernommen, Medizin-konzepte wie *Ayurveda* auf ihre Wellnessaspekte reduziert (NARAINDas 2011, 2014), schamanische Rituale in West-Amazonien eigens für Medizintouristen inszeniert (BRABEC DE MORI 2015). Die Vereinnahmung fremdkultureller „Weltanschauungen“ sowie der skizzierte Umgang mit der „Handelsware Spiritualität“, der „Handelsware Gesundheit“ und der „Handelsware Pharmazie“ haben wesentliche ethische Implikationen, z. B. die Frage nach geistigen Eigentumsrechten (*intellectual property rights*) und *benefit sharing*, die bislang nur ungenügend gelöst sind – insbesondere, wenn es um die Eigentumsrechte marginalisierter indigener Völker (*indigenous peoples*) und die Weltmarktpresenz tribaler Gemeinschaften in Folge von Fremd- und Eigenvermarktung geht (POSEY *et al.* 1995, COMAROFF 2009).

Dies betrifft etwa die zahlreichen pharmazeutischen Produkte der sogenannten „Regenwaldapotheke“, welche inzwischen als Ergebnis der schon in der frühen Kolonialzeit einsetzenden Bioprospektion (FREIN 2008; HOKKANEN 2012) auf dem globalen ethnomedizinischen Markt präsent sind: Beispiele sind das Muskelrelaxans Tubocuranin (aus *Curare* gewonnen), das in der Herzchirurgie eingesetzte Fischgift *Curianol*, das schon seit 1820 genutzte *Chinin* – Ursprung ist der amazonische Chinarindenbaum (*Cinchona pubescens*) – oder das Madagaskar-Immergrün (*Catharantus roseus*), aus dem die Alkaloide *Vinblastin* und *Vincristin* gegen die Hodgkin-Krankheit bzw. lymphatische Leukämie gewonnen werden.

„Quo vadis?“ Global Health und Biomapping

Wie in den bisherigen Ausführungen gezeigt werden sollte, ist das Themenspektrum von „Global Health“ außerordentlich weit. Das verleiht dem Begriff „Global Health“ zum einen eine gewisse Beliebigkeit, bietet andererseits aber auch vielfältige Anschlussmöglichkeiten an Themen von internationaler Gesundheitsfürsorge und Rahmenbedingungen menschlicher Gesundheit weltweit.

Insgesamt zeigt sich, dass die Vermarktung indigener Völker nicht allein deren traditionelles Wissen umfasst, sondern möglicherweise auch die Angehörigen indigener Völker selbst zum Objekt medizinisch bestimmter Verwertungsinteressen machen könnte. Indigene Völker sind seit Beginn der 1990er Jahre schwerpunktmäßig drei internationalen *Biomapping*-Projekten (*Human Genome Diversity Project*, *HapMap-Project*, *Genographic Project*) zur Kartierung ihres Genpools ausgesetzt, um u. a. genetisch bedingte Krankheitsresistenzen zu ermitteln (vgl. BERTHIER *et al.* 2012). Möglicherweise setzt ein gezielter Tourismus zum Zwecke pharmakologischer Behandlungen und gegebenenfalls auch pränataler Genmodifikation ein (RUBEIS & STEGER 2016), zum Beispiel in Form der *Mitochondrial Replacement Techniques* (MRT). Die Erweiterung der medizintouristischen Angebotspalette wird sich damit in Zukunft nicht allein auf kostengünstigere oder kompetentere Diagnose-, Heil- und Pflegeleistungen, sondern zunehmend auch auf die biologische Diversität, inklusive der des Menschen erstrecken. Durch rezente Erscheinungen des Organtransplantations- und Implantationstourismus ist dieser Weg bereits vorgezeichnet (vgl. KRESSING 2017: 158–159).

Danksagung

Dieser Beitrag geht auf einen Vortrag im Oberseminar des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Universität Ulm im Dezember 2016 zurück.

Literatur

ABDEL-MALEK S., BASTIEN J. W., MAHLER W. F. *et al.* 1995. Drug Leads from the Kallawayas Herbalists of Bolivia. Background, Rationale, Protocol and Anti-HIV Activity. *Journal of Ethnopharmacology* 50: 157–166.

ALBRECHT H. 2010. Mediziner Ausbildung. Wehe! Wehe! Homöopathie, Akupunktur, Ayurveda – der Aberglaube frisst die moderne Medizin. Zunehmend lehnen deutsche Hochschulen alternative Verfahren. *ZEIT Online* 9. September. <http://www.zeit.de/2010/37/M-Alternativmedizin> (Aufruf 8. Februar 2018).

BASTIEN J. W. 1987. *Healers of the Andes: Kallawayas Herbalists and Their Medicinal Plants*. Salt Lake City, UT: University of Utah Press.

----- 1992. *Drum and Stethoscope. Integrating Ethnomedicine and Biomedicine in Bolivia*. Salt Lake City, UT: University of Utah Press.

BEAGLEHOLE R. & BONIA R. 2010. What is Global Health? Invited Editorial. *Global Health Action* 3: 5142. DOI 10.3402/gha.v3i0.5142.

BERTHIER-FOGLAR S., COLLINGWOOD-WHITTICK S. & TOLAZZI S. (Hg) 2012. *Biomapping Indigenous Peoples? Towards an Understanding of the Issues*. Amsterdam, New York: Rodopi.

BICHMANN W. 1987. Traditionelle Medizin und Basisgesundheitsversorgung – eine ethnomedizinische Perspektive. In: Bös B. & Wörthmüller A. (Hg). *Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. (ASA-Studien 10). Saarbrücken: Karl Duisberg-Gesellschaft: 63–73.

BOOKMAN M. Z. & BOOKMAN K. R. 2007. *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave McMillan.

BOVARD J. 1987. *The Continued Failure of Foreign Aid*. (Cato Policy Analysis 65). 31. Januar. <https://object.cato.org/~sites/cato.org/files/pubs/pdf/pa065.pdf>. (Aufruf 29. November 2016).

BRABEC DE MORI B. 2015. *Die Lieder der Richtigen Menschen. Musikalische Kulturanthropologie der indigenen Bevölkerung im Ucayali-Tal, Westamazonien*. Innsbruck: Helbling.

BRUCHHAUSEN W. & TINNEMANN P. 2011. Global Health in der medizinischen Ausbildung: Die Universitäten sind in der Pflicht. *Deutsches Ärzteblatt* 108, 42: A-2223, B-1876, C-1854.

BRUCHHAUSEN W. 2010. „Biomedizin“ in sozial- und kulturwissenschaftlichen Beiträgen. Eine Begriffskarriere zwischen Analyse und Polemik. *Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 18: 497–522.

BUNDESVEREINIGUNG DER MEDIZINSTUDIERENDEN 2006. *Kerncurriculum für die medizinische Ausbildung in Deutschland. Ein Vorschlag der Medizinstudierenden Deutschlands*. Essen: bvmid.

COMAROFF J. 1978. Medicine and Culture: Some Anthropological Perspectives. *Social Science and Medicine* 12B: 247–254.

COMUNIDAD EDUCATIVA AYNIKUSUN. 1994. *Memoria primer curso taller de administración communal central Charazani 7–8 de mayo*. Charazani: Centro de educación técnico humanístico autogestionario.

DAY S. 1989. *Embodying Spirits: Village Oracles and Possession Ritual in Ladakh, North India*. London The London School of Economics and Political Science (LSE).

FADIMAN A. 1997. *The Spirit Catches You and You Fall Down. A Hmong Child, her American Doctors, and the Collision of Two Cultures*. New York: Farrar, Strauss & Giroux.

FREIN M. 2008. *Die Biopiraten. Milliardenengeschäfte der Pharmaindustrie mit dem Bauplan der Natur*. Berlin: Econ.

GABRYSCH S. & PHILIPP J. 2018. Germany must invest in its Global Health Academic Workforce. *The Lancet* 391: 656–657.

GLOBALISATION AND HEALTH INITIATIVE (GandHI) (Hg) 2009. *Lehre am Puls der Zeit – Global Health in der medizinischen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen*. Bonn: bvmid.

GREIFELD K. 2003. *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Reimer.

GREIFELD K. & SCHMIDT B. E. 2003. Medizinische Systeme Süd- und Afroamerikas. In GREIFELD K. (Hg), a. a. O.: 105–135.

HAHOLD A. & KROEGER A. 1987. *Krankheitsbewältigung im Andenhochland Perus. Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung*. (Medizin in Entwicklungsländern 23). Frankfurt a. M.

HERRICK D. M. 2007. *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*. (National Center for Policy Analysis Policy Report 304). Dallas: NCPA: 1–35.

HOCHSCHULREKTORENKONFERENZ (Hg) 2017: *Zur Internationalisierung der Curricula. Empfehlung der 22. Mitgliederversammlung der HRK am 9. Mai in Bielefeld*. https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschlusse/Internationalisierung_Curricula_Empfehlung_09.05.2017.pdf (Aufruf 30. Oktober 2017).

HOKKANEN M. 2015. Imperial Networks, Colonial Bioprospecting and Burroughs Wellcome & Co.: The Case of Strophanthus komba from Malawi (1850–1915). *Social History of Medicine* 25: 589–607.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1992. *Censo nacional de población y vivienda*. La Paz: República de Bolivia, ministerio de planeamiento y coordinación.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, ALMA-ATA, USSR, 6–12 September 1978. *Declaration of Alma-Ata*. Geneva: WHO.

KICKBUSCH C. F., HOLZSCHEITER A., HUNGER I., JAHN A., KÖHLER C., RAZUM O. & SCHMIDT J.-O. 2017. Germany’s Expanding Role in Global Health. *The Lancet* 390: 898–912.

KLEINMAN A. 2010. The Art of Medicine. Four Social Theories for Global Health. *The Lancet* 375: 1518–1519.

KNIPPER M. & WÖRRLE B. 2010. Einleitung zum Kapitel „Traditionelle Medizin als strategische Ressource“. In DILGER H. & HADOLT B. (Hg). *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt a. Main: Peter Lang: 201–202.

KNIPPER M. 2007. Indianische Heilkunde im politischen Raum: Die Entwicklung der „traditionellen Medizin“ in Ecuador um die Wende zum 21. Jahrhundert. (Historische Politikforschung, Band 12). In CHRISTIAN BÜSCHGES D. & PFAFF-CZARNECKA J. (Hg). *Die Ethnisation des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA*. Frankfurt am Main: Campus: 216–247.

- KOPLAN J.P., BOND T.C., MERSON M.H. *et al.* 2009. Towards a Common Definition of Global Health. *The Lancet* 373: 1993–1995.
- KRESSING F. 1995. *Westliche Medizin in der Kallawaya-Region. Kontrastive Analyse des Patientenverhaltens in den Anden Boliviens am Beispiel verschiedener Gesundheitseinrichtungen in der Provinz Bautista Saavedra.* (Ulmer Kulturanthropologische Schriften 6). Ulm: Abteilung Kulturanthropologie der Universität/UKAS.
- 1997. *La medicina occidental en la región kallawaya, Bolivia.* (Research papers – Documentos de trabajo – Documents des recherches – Forschungsberichte 1). Ulm: Abteilung Kulturanthropologie der Universität.
- 1999. Von Ärzten, Heilern und Campesinos. *Quetzal. Magazin für Kultur und Politik in Lateinamerika* 17: 26.
- 2003a. The Increase of Shamans in Contemporary Ladakh. *Asian Folklore Studies* 62: 1–23.
- 2003b. Traumatisierung durch „das Fremde“ in Ladakh? Wie ein kleines Volk im Himalaja Außeneinflüsse bewältigt. (Sonderheft über Lebensgeschichten. Trauma und Erzählung). *Psychosozial* 91: 99–106.
- 2012a. Heil und Gesundheit aus der Ferne – Einige ethische Überlegungen zu interkulturellen Transferprozessen in der Komplementär- und Alternativmedizin. *Zeitschrift für Medizin, Ethik, Recht* 1: 6–14.
- 2012b. Schamanismus als medizinische Prävention? Ein Fallbeispiel aus Ladakh (Nordwest-Indien). In JÜTTE R. (Hg). *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* (Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung). Stuttgart: Steiner: 229–252.
- 2016. Possible Preventive Aspects of Shamanism—An Example from Ladakh, Northwest India. *Curare* 38, 3: 213–223.
- 2017. “Benefit or burden?” Ethische Probleme des internationalen Medizintourismus. In FREWER A., BERGEMANN L., HACK C. & ULRICH H.G. (Hg). *Die kosmopolitische Klinik. Globalisierung und kultursensible Medizin.* (Jahrbuch Ethik in der Klinik 10). Würzburg: Königshausen & Neumann: 147–166.
- 2018. Aspekte kultureller Differenz im internationalen Medizintourismus. In COORS M., PETERS T. & İLKILIÇ I. (Hg). *Umgang mit kultureller Differenz in der Gesundheitsversorgung.* (Sonderheft Ethik in der Medizin). Heidelberg, New York: Springer. DOI: 10.1007/s00481-018-0498-4.
- KUHN A. S. 1988. *Heiler und Patienten auf dem Dach der Welt. Ladakh aus ethnomedizinischer Sicht.* (Medizin in Entwicklungsländern 25). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- LEOPOLDINA – NATIONALE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN LEOPOLDINA (Hg) 2015. *Public Health in Germany. Structures, Developments and Global Challenges.* Halle: Leopoldina.
- MACLEAN U. & BANNERMAN R.H. 1982. Utilization of Indigenous Healers in National Health Systems. *Social Science and Medicine* 16: 1815–1816.
- MEWS C., SCHUSTER S., VAJDA C., LINDTNER-RUDOLPH H., SCHMIDT L.E., BÖSNER S., GÜZELSOY L., KRESSING F., HAL-LAL H., PETERS T., GESTMANN M., HEMPEL L., GRÜTZMANN T., SIEVERS E. & KNIPPER M. 2018. Kulturelle Kompetenz und Global Health – Perspektiven für die medizinische Ausbildung. *GMS Journal for Medical Education* 35.
- MURRAY C. J. L. & LOPEZ A. D. (Hg) 1996. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge, Massachusetts, London: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.
- NARAINDAS H. 2011. Von Korallen, Chipkarten, medizinischen Informationen und der Jungfrau Maria: Heilpraktiker in Deutschland und die Aneignung der Ayurveda-Therapie. *Zeitschrift für Ethnologie* 136: 93–114.
- 2014. Nosopolitics. Epistemic Mangling and the Creolization of Contemporary Ayurveda. In DINGES M. (ed). *Medical Pluralism and Homeopathy in India and Germany (1810–2010).* Stuttgart: Steiner: 105–136.
- PFLEIDERER B. & BICHMANN W. 1985: *Krankheit und Kultur. Einführung in die Ethnomedizin.* Berlin: Reimer.
- POSEY D. A., ARGUMEDO A., DA COSTA E SILVA E., DUTFIELD G. & PLENDERLEITH K. 1995. *Indigenous Peoples, Traditional Technologies and Equitable Sharing: International Instruments for the Protection of Community Intellectual Property and Traditional Resource Rights.* Ch-Gland: International Union for the Conservation of Nature.
- RÖSING I. 2008. *Der Anden-Alltag. Im Schatten der UNESCO-Weltkulturerbe-Ernenennung der Kallawaya-Kultur.* A–Gnas: Weishaupt.
- RUBEIS G. & STEGER F. 2016. Genome Editing in der Pränatalmedizin. Eine medizinethische Analyse. In: SHARON BYRD B., HRUSCHKA J. & JOERDEN J. C. (Hg), *Jahrbuch für Recht und Ethik – Annual Review of Law and Ethics* 24. Berlin: Duncker & Humblot: 143–159.
- TAHIR A. A., ALHASSAN A., CHUNG S., LEONARD J. & AHMAD R. 2013: *How Nigerians Spend Billions on Medical Tourism.* Daily Trust 5. Januar. <http://allafrica.com/stories/201301071129.html> (Aufruf 20. März 2018).
- VEREINTE NATIONEN 2016. *Welthabitat-Konferenz.* http://www.unhabitat.org/downloads/docs/5636_27492_SOWCR%2022.pdf, (Aufruf 9. Dezember 2016).
- VOIGTLÄNDER S., BERG-BECKHOFF G. & RAZUM O. 2008. *Gesundheitliche Ungleichheit: Der Beitrag kontextueller Merkmale.* Frankfurt am Main: Peter Lang.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed) 2017. *10 Facts on Health Inequities and their Causes.* April 2017. http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/ (Aufruf 13. März 2018).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed) 1981. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000.* Geneva: WHO.
- WYLIE T. 1959. A Standard System of Tibetan Transcription. *Harvard Journal of Asiatic Studies* 22: 261–267.
- YAMADA T. 1993. Spirit Possession and Shamanism among the Ladakhi in Western Tibet. In HOPPÁL M. & HOWARD K. (eds). *Shamans and Cultures. Regional Aspects of Shamanism.* Budapest: Akadémiai Kiadó (ISARS): 214–222.