

**Möglichkeiten und Grenzen Interkultureller Medizin
für die Gesundheit von Müttern in der Sierra de Totonacapan,
Mexiko.**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Dörr, Niels Michael aus Kassel
Gießen 2018

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin,
Iheringstr. 6, 35392 Gießen
Gf. Direktor: Prof. Dr. Volker Roelcke

Betreuer: PD Dr. med. M. Knipper

Gutachter: Prof. Dr. med. J. Kruse

Tag der Disputation: 3.12.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	S. 1
2. Fragestellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	S. 3
3. Forschungsstand	S. 9
3.1 Müttergesundheit und -sterblichkeit	S. 9
3.2 Der Weg zu MDG 5	S. 11
3.3 Müttergesundheit und -sterblichkeit in Mexiko	S. 12
3.4 Skilled Birth Attendants (SBA)	S. 16
3.5 Relevanz der Empfängnisverhütung	S. 20
3.6 Zwei moderne Verhütungsmethoden: Kupferspirale und Tubenligatur	S. 23
3.7 Interkulturelle Medizin: Eine Einführung	S. 26
3.8 Traditionelle Hebammen	S. 30
3.9 Tradition im Wandel: Von TBA zu SBA	S. 32
3.10 Schulung Traditioneller Hebammen	S. 34
4. Theoretischer Rahmen	S. 36
4.1 Soziale Determinanten von Gesundheit	S. 37
4.2 Der Kulturbegriff	S. 40
4.2.1 Welche Probleme entstehen durch eine nicht ausreichend differenzierte Verwendung des Kulturbegriffs?	S. 40

4.2.2	Wie ist der „Gegenstandsbereich“ von Kultur definiert?	S. 43
4.2.3	Wie kann der Begriff im medizinischen Kontext sinnvoll verwendet werden?	S. 47
4.3	Menschenrecht auf Gesundheit	S. 49
5.	Feldbeschreibung	S. 52
5.1	Eine historische Perspektive auf ethnische Identität	S. 52
5.2	Das Gesundheitsversicherungsprogramm: <i>seguro popular de salud</i>	S. 59
5.3	Das Conditional-Cash-Transfer Programm: <i>oportunidades</i>	S. 62
5.4	Die Sierra de Totonacapan	S. 65
5.4.1	Geografische Ausdehnung der Sierra de Totonacapan	S. 66
5.4.2	Historischer Diskurs der Landnutzung in der Region	S. 68
5.4.3	Espinal	S. 71
5.4.4	Coyutla	S. 74
5.4.5	Filomeno Mata	S. 75
5.4.6	Das Regionalkrankenhaus	S. 78
5.4.7	Das Gesundheitszentrum von Coyutla	S. 80
5.4.8	Das Gesundheitszentrum von Filomeno Mata	S. 84
6.	Methodische Vorgehensweise	S. 86
6.1	Methodologie	S. 86
6.2	Chronologie der Feldforschung	S. 91
6.3	Methoden	S. 94
6.3.1	Einzelinterviews	S. 94
6.3.2	Gruppeninterviews	S. 96
7.	Darstellung des empirischen Materials	S. 98
7.1	Ethnografische Annäherung an die Basisgesundheitsversorgung	S. 98
7.1.1	„Wie kann man die medizinische Versorgung der Region verbessern?“	S. 104
7.1.2	Die Arzt-Patienten Beziehung	S. 108
7.1.3	Die Sprachbarriere	S. 110
7.1.4	Die ökonomische Situation	S. 112
7.1.5	Die Versorgungs- und Entbindungspraxis	S. 115
7.2	Traditionelle Hebammen in der Sierra de Totonacapan	S. 124
7.2.1	Warum werden traditionelle Hebammen aufgesucht?	S. 125

7.2.2 Wie hat sich die Hebammentätigkeit verändert?	S. 135
7.2.3 Wie wird die Hebammentätigkeit bewertet?	S. 144
7.2.4 Die multiplen Dimensionen der „traditionellen Hebamme“	S. 151
7.3 Familienplanung und Empfängnisverhütung	S. 156
7.3.1 Dispositivo intrauterino (DIU)	S. 160
7.3.2 Oclusión tubaria bilateral (OTB)	S. 166
7.4 Die Rolle der Angst	S. 173
8. Diskussion	S. 177
8.1 Zusammenfassung	S. 178
8.2 Was kann das gesammelte empirische Material zu einer im medizinischen Kontext nützlichen Definition Interkultureller Medizin beitragen?	S. 187
9. Anhang	S. 194
9.1 Identifikation der Informant_innen	S. 194
9.2 Dokumente	S. 196
9.3 Fragenkataloge	S. 201
9.3.1 Fragenkatalog für semi-strukturierte Interviews	S. 201
9.3.2 Fragenkatalog für strukturierte Interviews	S. 204
10. Zusammenfassung (deutsch)	S. 204
11. Zusammenfassung (englisch)	S. 206
12. Abkürzungsverzeichnis	S. 207
13. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	S. 209
14. Literaturverzeichnis	S. 209
15. Ehrenwörtliche Erklärung zur Dissertation	S. 226
16. Danksagungen	S. 227

Erklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Informantinnen und Informanten wurde vor jedem Interview über die Aufzeichnung, Verschriftlichung und den Verwendungszweck unter Verschlüsselung ihrer Identität aufgeklärt und um Erlaubnis gebeten. Im Fall von Informellen Informationen wurden im Anschluss die Möglichkeit einer Verschriftlichung in Form eines Gedächtnisprotokolls und der Verwendungszweck erklärt und ebenfalls das Einverständnis der Informat_innen eingeholt.

Einzel- und Gruppeninterviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und von mir in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte wurden Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In zukünftigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann. Personenbezogene Kontaktdaten wurden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts wurden Ihre Kontaktdaten gelöscht.

Die Teilnahme an Interviews war freiwillig. Es bestand zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und das Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurück zu ziehen, ohne dass dadurch irgendwelche Nachteile entstanden.

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, ob das Konzept einer „Interkulturellen Medizin“, welches seit etwa Ende der 1990er Jahre international an Bedeutung gewonnen hat, die Gesundheitsversorgung indigener Bevölkerungsgruppen verbessern kann. Der thematische Schwerpunkt liegt dabei auf der Gesundheit von Schwangeren und von Müttern im Anschluss an die Entbindung.

Der Dissertation liegt ein mehrmonatiger Aufenthalt in Veracruz, Mexiko, zugrunde. Während der insgesamt über 9 Monate andauernden Feldforschung kam es immer wieder zu Veränderungen der Fragestellung. Diese Veränderungen können als Verdichtung des empirischen Materials und fortlaufende Selektion tendenzieller thematischer Schwerpunkte verstanden werden.

Wichtig für das Verständnis dieser Dissertation sind neben dem aktuellen Titel, der initial gewählte Arbeitstitel und die während des Forschungsprozesses entwickelten Schwerpunkte. Anfänglich stand das Forschungsunternehmen unter dem Arbeitstitel „Möglichkeiten und Grenzen eines Dialoges zwischen westlicher und traditioneller Medizin: Interkulturelle Medizin in der Sierra de Totonacapan“. Es sollte versucht werden, den besagten Dialog zu analysieren und mögliche Probleme bei Kulturkontakten zu erforschen. Der im Arbeitstitel verwendete Begriff Interkulturelle Medizin wird in der Fachliteratur nicht eindeutig definiert (Menéndez 2006: 51, Salaverry 2010: 81), befasst sich aber generell mit Interaktionen zwischen Akteur_innen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund im medizinischen Kontext.

Der ursprüngliche Arbeitstitel wurde frühzeitig verworfen. Es zeigte sich, dass ein Dialog zwischen westlicher und traditioneller Medizin nicht *sichtbar* stattfand und der Begriff Interkulturelle Medizin den meisten Informant_innen unbekannt war. Fragen nach dem Kulturbegriff, kulturellen Differenzen oder Symbolen wurden häufig durch stereotypisierende Bemerkungen abgetan. Das direkte Nachfragen zur Erforschung fremder Kultur ergab sich als methodisch ungünstig. Gleichzeitig entwickelten sich in kurzer Zeit thematische Schwerpunkte, die deutlich relevanter für die lokale Realität¹ zu sein schienen als die Themen, die der ursprüngliche Arbeitstitel umspannte.

Die zu Grunde liegende ethnologische Methodologie führte zur Erforschung von Aspekten in Bezug auf die Gesundheit von Müttern. Aus diesem Grund wurde das

1 Unter „*Lokaler Realität*“ verstehe ich das Individuum und seine Umwelt, die, bedingt durch wechselseitige Interaktionen, kontinuierlichen Veränderungsprozessen unterliegen. Dies führt dazu, dass dieser Begriff in seinem zeitlichen Kontext betrachtet werden muss und in Abhängigkeit des jeweiligen Individuums und seiner subjektiven Wahrnehmung der Umwelt variiert. Nicht gemeint ist hingegen ein geografisch determinierter und weitgehend statischer Raum.

empirische Material in drei Themenblöcke unterteilt: 1. Ethnografische Annäherung an die Basisgesundheitsversorgung, 2. Traditionelle Hebammen und 3. Familienplanung und Empfängnisverhütung. Alle drei Themen sind essenzieller Bestandteil der Gesundheit von Müttern. Im Verlauf ergab sich ein vierter, weiterer Aspekt als relevant für die Gesundheit von Müttern. Die Rolle der Angst in Bezug auf die Müttersterblichkeit. Hier wird es vor allem um die Ängste des medizinischen Personals in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt gehen.

Als Problematik der lokalen Realität stellte sich die Müttersterblichkeit heraus. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Müttersterblichkeit als *„den Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder 42 Tage nach Schwangerschaftsende, unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft oder dem Ort, an dem sie stattfindet oder der Maßnahmen, die in Bezug auf sie getroffen wurden, jedoch nicht wenn die Todesfälle auf Zufälle oder Versagen zurückzuführen sind.“* (WHO 2010: 156).

In der Region wird diese als *„la muerte“* (dt. „der Tod“)² bezeichnet. In Abhängigkeit der jeweiligen Informant_innen ändert sich die Perspektive auf die Müttersterblichkeit. Wie wird das Problem von unterschiedlichen Personen wahrgenommen? Wie wird die Müttersterblichkeit begründet? Welche Ursachen werden artikuliert? Wie kann man die medizinische Versorgung der Region verbessern? Mit welchen Präventionsmaßnahmen wird sympathisiert? Wer trägt die Verantwortung? Diese und andere sind Fragen die im Rahmen der Müttersterblichkeit von Bedeutung sind.

Es scheint, als ob die Antworten problemlos der medizinischen Fachliteratur entnommen werden können. Die direkten³, pathophysiologischen Ursachen der Müttersterblichkeit sind Hämorrhagien, Sepsis, Präeklampsie und Eklampsie, direkte Folgen des Geburtsvorgangs und unsachgemäß durchgeführte Abtreibungen (Abou Zahr 2003: 6). Diese streng technische Betrachtung des Phänomens gibt allerdings kaum

2 Der spanische Begriff *„la muerte materna“* bedeutet ins Deutsche übersetzt *„der Müttertod“* oder *„der mütterliche Tod“*. Die ebenfalls häufig verwendete kürzere Bezeichnung *„la muerte“* für die Müttersterblichkeit bedeutet *„der Tod“*. Sehr selten wurde von lokalen Akteur_innen die in der spanischsprachigen Literatur verwendete Bezeichnung *„mortalidad materna“* benutzt, die im Deutschen als *„Müttersterblichkeit“* verstanden wird.

3 Der ICD-10 unterscheidet zwischen direkten und indirekten Fällen von Müttersterblichkeit und bezieht sich dabei auf die Ursachen der Müttersterblichkeit. Von direkten Ursachen wird gesprochen, wenn diese während Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett durch Interventionen, Versäumnisse oder falsche Behandlung entstanden sind. Von indirekten Ursachen wird hingegen gesprochen, wenn der Tod durch eine während oder vor der Schwangerschaft eingetretene Krankheit, die nicht durch Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett direkt entstanden ist, verursacht wird (WHO 2010: 156).

Aufschluss darüber, welche Ursachen und Wirkungen „*la muerte*“ in der lokalen Realität hat.

2. Fragestellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die Erforschung essentieller Themen einer Gesellschaft, wie Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung, Gesundheit, Krankheit, Leiden und Tod, ermöglicht einerseits Einblicke in die jeweiligen Kulturen der untersuchten Gesellschaft und andererseits ein allgemeines Verständnis des Kulturbegriffs. Diese Themen lassen sich insbesondere in medizinischen Einrichtungen beobachten (Long et al. 2008: 72).

Im Hinblick auf ein Verständnis des Kulturbegriffs wird ein Beitrag zur Definition Interkultureller Medizin in Form von „Möglichkeiten und Grenzen Interkultureller Medizin für die Gesundheit von Müttern“ geleistet. Die vorrangigen Fragestellungen der vorliegenden Dissertation lauten demnach:

- 1. Welche kulturellen, sozialen, politischen und strukturellen Aspekte sind für die medizinische Versorgung von Schwangeren und Müttern, und somit für die Müttersterblichkeit, in der Sierra von Totonacapan relevant?**
- 2. Was kann das gesammelte empirische Material zu einer im medizinischen Kontext nützlichen Definition Interkultureller Medizin beitragen?**

Der Begriff Interkulturelle Medizin kommt in der medizinischen Fachliteratur immer wieder zum Einsatz, wenn es u.a. um traditionelle Medizin, Geburtshilfe und die medizinische Versorgung indigener Bevölkerungsgruppen geht (Menéndez 2006: 51-52). Von einigen Autoren wird kritisiert, dass der Begriff zur Anwendung kommt, ohne dass die Integration Interkultureller Medizin in bestehende Gesundheitssysteme auf einer nennenswerten Evidenz aufbauen würde (Salaverry 2010: 81, Ramírez Hita 2011: 111). Außerdem kommt die Frage auf, ob der Begriff weiterhin verwendet werden sollte, da er bis dato zu keiner erkennbaren Verbesserung der Gesundheitssituation, beispielsweise indigener Bevölkerungsgruppen geführt hat. Die meisten Gesundheitsprogramme und -projekte, die einen interkulturellen Ansatz in Form Interkultureller Medizin propagieren, haben keine signifikanten epidemiologischen Veränderungen erbracht (Ramírez Hita 2011: 106). Gleichzeitig gelten Kulturkontakte und Kultur per se als relevant für die medizinische Versorgung und das Verständnis komplexer Phäno-

mene im medizinischen Kontext (u.a. Tayler 2003, Kleinman und Benson 2006, Cunningham 2010, Torri 2010). Aus diesem Grund ist es wichtig neben sozialen, politischen, historischen und strukturellen auch kulturelle Aspekte bei der Analyse solcher Phänomene zu berücksichtigen.

Zentrale Fragestellungen für die Untersuchung vor Ort waren: Welche Barrieren zwischen der lokaler Bevölkerung und der medizinischer Versorgung im Allgemeinen werden akzentuiert? Welche Probleme präsentieren sich in der Arzt-Patienten-Beziehung? Wie werden Schwangerschaft und Geburt wahrgenommen? Was wird in Verbindung mit Leiden und Tod als „normal“ betrachtet?

Zur Beantwortung dieser und anderer Fragen werde ich zunächst den Stand der Forschung zum Zeitpunkt der Feldforschung und den theoretischen Rahmens der Dissertation ausarbeiten. In Verbindung mit der zugrundeliegenden ethnologischen Methodologie und Feldbeschreibung wird dieses Vorgehen eine differenzierte Perspektive auf das empirische Material zulassen. In der abschließenden Diskussion werde ich meine Ergebnisse kontrovers diskutieren und im Hinblick auf Interkulturelle Medizin allgemeine Aussagen formulieren.

Die im Jahr 2000 verabschiedete Millennium Deklaration beinhaltet acht Ziele mit der Intention, die weltweite Armut zu bekämpfen (UN 2000). Der Forschungsstand der vorliegenden Arbeit beinhaltet u.a. das 5. Millennium Entwicklungsziel der Vereinten Nationen (MDG5⁴), die Gesundheit von Müttern zu verbessern (UN 2012). Neben diesem sind die Themen Empfängnisverhütung, Interkulturelle Medizin, und traditionelle Hebammen Teil des zugrundeliegenden Forschungsstands. Soziale Determinanten von Gesundheit, der Kulturbegriff und die Betrachtung des Menschenrechts auf Gesundheit entsprechen dem theoretischen Rahmen der Dissertation.

Ich werde einleitend erläutern, wie mit der Thematik Müttergesundheit und -sterblichkeit auf globaler Ebene bis dato umgegangen wurde, wobei dem 5. „Entwicklungsziel“ der im Jahr 2000 von den Vereinten Nationen verabschiedete Millennium Deklaration (UN 2012), welches auf die Verbesserung der Gesundheit von Müttern abzielte, eine zentrale Bedeutung zukommt. Aufgrund von MDG5 wurden seit 2000 weltweite erhebliche Bemühungen unternommen, die Müttergesundheit zu verbessern und die Müttersterblichkeitsrate (MMR)⁵ zu reduzieren.

4 Im englischen Original „Millennium Development Goals“

5 Als Müttersterblichkeitsrate wird definiert: „the number of women who die from any cause related

Diese Art der Betrachtung von Müttergesundheit und der durch MDG5 ausgelösten Dynamiken auf internationaler und lokaler Ebene wird zeigen, dass es sich um einen historischen Knotenpunkt handelt, der in einem größeren Kontext zu verstehen ist, wenn es gilt, globale und nationale Prioritäten im Gesundheitswesen zu verstehen.

Nach dieser historischen Einordnung werde ich mich dem Beispiel Mexiko widmen. Ich werde Müttergesundheit und -sterblichkeit auf drei Ebenen betrachten: national, regional und lokal, aber auch im Vergleich zwischen indigener und nicht indigener Bevölkerung.

Eine zentrale Rolle des Forschungsfeldes spielt das Thema Skilled Birth Attendants (SBA)⁶. Beispielsweise, aufgrund der in einigen Fällen stattfindenden Gleichstellung von SBA und institutioneller Geburt, aber auch durch die Gegenüberstellung mit der Tätigkeit traditioneller Hebammen (TBA⁷), die laut UN nicht als fachkundiges Personal im Sinne von SBA gelten (UN 2003: 58). Die Brisanz des Themas SBA wird sich in Verbindung mit dem Kapitel Traditionelle Hebammen zeigen.

Darüber hinaus werde ich mich Interkultureller Medizin widmen. Interkulturelle Medizin hat keine allgemein anerkannte Definition (Menéndez 2006: 51). Dennoch soll sie in den Gesundheitszentren des Bundesstaates Veracruz, basierend auf dem „Gesetz der indigenen Rechte und Kultur des Bundesstaates Veracruz“⁸, zur Anwendung kommen (Gobierno del Estado de Veracruz 2010). Zur Umsetzung der im Art. 2 des entsprechenden Gesetzes deklarierten „Konservierung, Revitalisierung und Entwicklung ihrer [der Indigenen] eigenen politischen, rechtlichen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Angelegenheiten“⁹, wurde seitens der veracruzianischen Regierung die „Abteilung für Gesundheit von Migranten und indigenen Völkern“¹⁰ eingerichtet. Diese Abteilung des Gesundheitsministeriums versucht u.a. Interkulturelle Medizin in Veracruz zur Umsetzung indigener Rechte anzuwenden (Secretaría de Salud del Estado de Veracruz 2012).

Im entsprechenden Abschnitt werde ich den Begriff Interkulturelle Medizin einführen

to or aggravated by pregnancy or its management (excluding accidental or incidental causes) during pregnancy and childbirth or within 42 days of termination of pregnancy irrespective of the duration and site of the pregnancy, per 100.000 live birth.“ (UN 2003: 36).

6 Von der UN im Deutschen als „fachkundige Betreuung bei der Geburt“ bezeichnet (UN 2012: 29)

7 Im englischen Original „Traditional Birth Attendants“, was im Deutschen so viel wie „traditionelle Betreuung bei der Geburt“ bedeutet.

8 Im spanischen Original „Ley de los Derechos y Culturas Indígenas para el Estado de Veracruz“

9 Im spanischen Original „[...] conversar, revitalizar y desarrollar sus propias instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales“

10 Im spanischen Original „Departamento de Salud de Migrantes y Pueblos Indígenas“

und seine Bedeutung für die medizinische Versorgung in Mexiko ausarbeiten.

An die Darstellung des Forschungsstandes schließt sich der theoretische Rahmen der Dissertation an. Hier werden Soziale Determinanten von Gesundheit, der Kulturbegriff und das Recht auf Gesundheit von Bedeutung sein.

Ursache der regionalen Unterschiede bezüglich der Müttersterblichkeit scheint die Armutssituation zu sein. Auch wenn die prinzipielle Bekämpfung der Armut sicherlich kausale Folgen für die Müttersterblichkeit hat, ist Armut eher eine unspezifische Ursache dieser. Als spezifischer gelten die *Ursachen der Ursachen*¹¹ von Gesundheit und Krankheit, unter denen allgemein Soziale Determinanten von Gesundheit (SDH¹²) verstanden werden. An dieser Stelle ist vor allem die Aktualität des Themas zu akzentuieren, wie sie zum Beispiel anhand der WHO Agenda, die an eine Fokussierung der Sozialen Determinanten von Gesundheit appelliert, widerspiegelt wird (Blas et al. 2011: 2). Dass die Müttersterblichkeit kein rein technisches, bzw. medizinisches Problem im engeren Sinne ist, wird beispielsweise deutlich, wenn der Bau eines Krankenhauses in einer Region nicht zur Verbesserung der Gesundheitssituation oder Reduktion der MMR führt (Marmot 2005: 1101).

In diesem Abschnitt werde ich außerdem einen an mein Forschungsinteresse angepassten sozialwissenschaftlich fundierten Kulturbegriff definieren. Insbesondere dieser Abschnitt wird die Komplexität der vorrangigen Fragestellung, nämlich derer nach einer im medizinischen Kontext nützlichen Definition Interkultureller Medizin, in Aussicht stellen.

Der Abschnitt „Recht auf Gesundheit“ beinhaltet den rechtlichen Rahmen der Dissertation. Hierzu werde ich mich hauptsächlich auf allgemeingültige Menschenrechte berufen. Durch dieses Vorgehen wird es möglich sein, den völkerrechtlichen Rahmen von Gesundheitsprogrammen und -projekten, beispielsweise zur Reduktion der MMR oder die Anwendung interkultureller Konzepte in der Medizin, nachzuvollziehen.

An den theoretischen Rahmen der Dissertation schließt sich eine detaillierte Feldbeschreibung an. Das „Feld“ wird hierzu auf drei unterschiedlichen Ebenen betrachtet. Auf nationaler Ebene beinhaltet die Feldbeschreibung eine Betrachtung der mexikani-

11 Im englischen Original „causes of the causes“

12 Aus dem Englischen „Social Determinants of Health“ (SDH)

schen Geschichte, einen Blick auf das Gesundheitsversicherungsprogramm *seguro popular de salud* (SPS) und das Conditional-Cash-Transfer Programm (CCTP) *oportunidades* (dt. Chancen). Die Regionale Ebene wird bestimmt durch eine geografische und historische Perspektive auf die Sierra de Totonacapan, die sich zum Verständnis der Armutssituation vornehmlich auf die Frage nach der Nutzung des Bodens und den Anschluss der Region an internationale Märkte konzentriert. Abschließend werde ich mich bei der Betrachtung der lokalen Ebene den drei im Fokus stehenden Gemeindebezirken widmen. In diesem Abschnitt wird neben sozioökonomischen Aspekten besonders die medizinische Versorgung von Bedeutung sein.

Der Dissertation liegt eine ausgedehnte ethnografische Feldforschung in Mexiko zugrunde, während der ich mich gezielt methodisch an die lokale Realität des medizinischen Personals, der traditioneller Hebammen, der Patient_innen etc. angenähert habe, um mich schließlich auf einige thematische Schwerpunkte zu konzentrieren. Im Kapitel „Methodologie und Methoden“ werde ich mein genaues Vorgehen im Feld anhand der ethnologischen Methodologie begründen. Außerdem werde ich grundlegende Begriffe (Ethnografie, teilnehmende Beobachtung, Grounded Theory, etc.) klären, den Forschungsdiskurs wiedergeben und die zur Anwendung gekommenen Methoden beschreiben.

Die Darstellung des empirischen Materials beinhaltet neben einer „Ethnografische Annäherung an die Basisgesundheitsversorgung“; die Themen „Traditionelle Hebammen in der Sierra de Totonacapan“; „Familienplanung und Empfängnisverhütung“ und „Die Rolle der Angst“. Diese Schwerpunkte stellen den Ergebnisteil meiner Dissertation dar. In diesen Abschnitten wird das empirische Material, vornehmlich Interviewinhalte und Beobachtungen aus meiner Feldforschung, analysiert und dargelegt. Im Folgenden sollen kurz die konkreten Inhalte der besagten Abschnitte beschrieben werden.

Einleitend werde ich eine „Ethnografische Annäherung an die Basisgesundheitsversorgung“ vornehmen. Hierzu habe ich unterschiedliche Barrieren zwischen der lokalen Bevölkerung der Sierra de Totonacapan, mit besonderem Fokus auf schwangere Frauen und der medizinischen Versorgung herausgearbeitet. In diesem Abschnitt wurden sowohl Aussagen der Patientinnen und der lokalen Bevölkerung als auch des medizinischen Personals verwendet. Auf diese Weise können unterschiedliche Aspekte

aus verschiedenen Perspektiven und Verhaltensweisen differenziert betrachtet und so die bereits erwähnten Kulturkontakte mit Inhalt gefüllt werden.

In der Fachliteratur besteht eine kontroverse Debatte zum Thema Traditionelle Hebammen (u.a. Castañeda Camey et al. 1996, Jenkins 2003, Jokhio et al. 2005, Titaley et al. 2010). In Verbindung mit dem aktuellen Forschungsstand wird sich dies auch für die lokale Realität in der Sierra de Totonacapan bestätigen. Ich werde drei Leitfragen mit Hilfe des empirischen Materials bearbeiten:

1. Warum werden traditionelle Hebammen aufgesucht in der Sierra de Totonacapan?
2. Wie hat sich die Hebammentätigkeit verändert?
3. Wie wird die Hebammentätigkeit zum Zeitpunkt der Forschung bewertet?

Hierzu werde ich mich einer Kontextualisierung der Hebammentätigkeit bedienen, mit deren Hilfe es möglich ist, lokale Dynamiken zu erfassen. Dies wird die vielschichtigen Dimensionen der Hebammentätigkeit im Feld darstellen und somit ein Verständnis ermöglichen.

„Familienplanung und Empfängnisverhütung“ haben für die Erreichung der MDGs eine entscheidende Rolle (Cates jr. et al. 2010). Dennoch ist der Bedarf an modernen Verhütungsmethoden längst nicht gedeckt und ihre Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern werden dementsprechend nicht zu Genüge genutzt (Cleland et al. 2006). In diesem Abschnitt widme ich mich der Relevanz auf lokaler Ebene. Ich werde zeigen, wie gesundheitspolitische Strategien zur vermeintlichen Verbesserung der reproduktiven Gesundheit in Gesundheitszentren der Region umgesetzt werden und wie insbesondere Familienplanung und Müttersterblichkeit sich wechselseitig bedingen.

Abschließen werde ich den Ergebnisteil mit dem Thema Angst als handlungsbestimmendes Moment. Während der Feldforschung wurde Angst wiederholt von unterschiedlichen Akteur_innen thematisiert und konnte letztlich als relevanter Aspekt für Wahrnehmungen, Verhalten und Interpretationen im Rahmen der Gesundheit von Müttern identifiziert werden.

In der Diskussion fasse ich meine Ergebnisse zunächst zusammen und erörtere diese innerhalb des theoretischen Rahmens. Abschließen werde ich mit einer Definition Interkultureller Medizin, wobei ich erwartete Möglichkeiten und Grenzen auf die medizinische Versorgung in Aussicht stelle.

3. Forschungsstand

Zu Anfang werde ich nun den zugrundeliegenden Forschungsstand, wie er zum Zeitpunkt meiner Forschung der Fachliteratur zu entnehmen war, präsentieren. Im Rahmen dessen werden die Themen Müttergesundheit und -sterblichkeit sowie Interkulturelle Medizin von mir bearbeitet.

3.1 Müttergesundheit und -sterblichkeit

Müttergesundheit und -sterblichkeit sind zwei Themen von globalem Interesse und Teil der Millennium Development Goals (MDG) der Vereinten Nationen.

Die WHO definiert Müttersterblichkeit als „Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder 42 Tage nach Schwangerschaftsende, unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft oder dem Ort, an dem sie stattfindet oder die Maßnahmen, die in Bezug auf sie getroffen wurden, jedoch nicht wenn die Todesfälle auf Zufälle oder Versagen zurückzuführen sind¹³“. Diese Definition der Müttersterblichkeit bildet die Basis für die Müttersterblichkeitsrate (MMR¹⁴). Als MMR ist die Anzahl der während der Schwangerschaft oder 42 Tage nach Schwangerschaftsende [...] verstorbenen Frauen pro 100.000 Lebendgeburten definiert¹⁵ (UN 2003: 36). Eine Lebendgeburt bezeichnet die Geburt eines Kindes, das nach dieser Lebenszeichen zeigt, unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft und Art und Weise der Geburt¹⁶, Die MMR eines Landes

13 Definition im englischen Original: „*Maternal death is the death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management but not from accidental or incidental causes.*“ (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>).

14 Aus dem Englischen: „Maternal mortality ratio“

15 Definition im englischen Original: „*The maternal mortality ratio is the number of women who die from any cause related to or aggravated by pregnancy or its management (excluding accidental or incidental causes) during pregnancy and childbirth or within 42 days of termination pregnancy, irrespective of the duration and site of pregnancy, per 100.000 live births.*“ (UN 2003: 36)

16 Definition im englischen Original: „*Live birth refers to the complete expulsion or extraction from its mother of a product of conception, irrespective of the duration of the pregnancy, which, after such separation, breathes or shows any other evidence of life*“ (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>).

entspricht demnach dem Risiko von Schwangerschaft und Geburt innerhalb dieses Landes. Gleichzeitig dient sie den MDG als Indikator (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>).

Die medizinischen Ursachen der Müttersterblichkeit werden als direkte und indirekte Ursachen unterschieden, wobei zwischen 2003 und 2009 weltweit fast 73,0% als direkte geburtshelferische Ursache und nur 27,5% als indirekte Ursache diagnostiziert wurden. Die häufigsten medizinischen Ursachen sind Blutungen (27,1%), hier enden vor allem postpartum Blutungen letal; Hypertension (14,0%); Sepsis (10,7%); Folgen einer Abtreibung (7,9%); und Embolie oder andere direkte Ursachen (12,8%). Als indirekte Ursachen werden medizinische Nebendiagnosen bezeichnet, die im Rahmen von Geburt, Schwangerschaft oder Wochenbett exazerbieren, beispielsweise HIV/Aids, und indirekt zum Tod der Mutter führen (Filippi 2016: 53-54).

Ziel des MDG5 ist generell die Verbesserung der Müttergesundheit weltweit. Dieses Ziel wird als MDG5a¹⁷ unter der konkreten Zielvorgabe „Zwischen 1990 und 2015 die Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel [zu] senken“¹⁸ konkretisiert (UN 2000). Zur Erfassung dieser Zielvorgabe dient die MMR als Indikator (Tabelle 1).

Goal 5: Improve maternal health	
Target 5.A: Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio	5.1 Maternal mortality rate 5.2 Proportion of birth attended by skilled health personnel
Target 5.B: Achieve, by 2015, universal access to reproductive health	5.3 Contraceptive prevalence rate 5.4 Adolescent birth rate 5.5 Antenatal care coverage (at least one visit and at least four visits) 5.6 Unmet need for family planning

Tabelle 1: Millennium Development Goal 5 (UN 2000)

Während 1990 die MMR weltweit noch bei 440 Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten lag, wurde diese 2008 auf 290 Todesfälle gesenkt. Bei genauer Betrachtung fallen jedoch enorme regionale Unterschiede auf. In Sub-Sahara Afrika wurde die MMR von 870 (1990) auf 640 (2008), in Lateinamerika hingegen von 130 (1990) auf 80 (2008) reduziert. Weiterhin gibt es große regionale Unterschiede in Lateinamerika und

17 Unter MDG5b wird der „Universelle Zugang zu reproduktiver Gesundheit bis 2015“ gefordert (UN 2000)

18 Im englischen Original „Target 5.A.: Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio“ (UN 2000)

Mexiko selbst. Trotz der verzeichneten Fortschritte bei der Umsetzung der Vorgaben war es für einige Regionen schwer – bzw. unmöglich – die Ziele der UN bis 2015 zu erreichen (UN 2012: 28-29).

In diesem Abschnitt geht es darum zu analysieren, warum gerade die Müttersterblichkeit in Fachliteratur und Gesundheitspolitik fokussiert wird, und warum die Reduktion der MMR problematisch ist.

3.2 Der Weg zu MDG 5

Eines der ersten Dokumente, das globale Aufmerksamkeit auf die Müttergesundheit richtete, ist die Deklaration von Alma Ata 1978¹⁹, die die Versorgung von Müttern in ihren Public Health Ansatz offiziell integrierte. In der Deklaration wird „Gesundheitsschutz für Mutter und Kind“ gefordert, was allgemein als „Maternal and Child Health“ (MCH) bekannt ist, jedoch keine konkreten Ziele vorgibt (WHO 1978).

In den darauf folgenden Jahren zeigte sich, dass der Gesundheitsschutz der Mutter im Vergleich zu dem des Kindes deutlich vernachlässigt wurde und der Deklaration keine signifikante und dauerhafte Reduktion²⁰ der MMR folgte (Rosenfield und Maine 1985: 83).

Die 1985 erstmalig in Nairobi stattgefundene World Conference on Women kommt in ihrem Report zu dem Schluss, dass die Gesundheit von Frauen mehr in den Fokus globaler Gesundheitspolitik rücken muss²¹. Die Deklaration dieser Konferenz ist eines der ersten offiziellen Dokumente, das gezielt eine Reduktion der MMR fordert. Unter Paragraph 155 wird zunächst nur von „unakzeptabel hohen Müttersterblichkeitsraten in vielen Entwicklungsländern“ gesprochen, die bis zum „Jahr 2000 auf ein minimales Niveau²²“ gesenkt werden sollen (UN Juli/1985). Die zwei Jahre später anschließende Safe Motherhood Initiative kann als Folge der World Conference on Women angesehen werden. 1987 forderten die Weltbank, die WHO und der Bevölkerungsfond der Vereinten Nationen (UNFPA²³) im Rahmen dieser Initiative eine Reduktion der MMR um 50% bis zum Jahr 2000 (Shiffman und Smith 2007: 1373).

19 Zum historischen Überblick vor Alma Ata vgl. Loudon (1992)

20 Es darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass epidemiologische Erhebungen, verglichen mit Erhebungen der 1970–80er Jahren, heutzutage eine höhere Validität präsentieren.

21 Zur ausführlichen Begründung dieser Entscheidung vgl. UN (Juli/1985: §9-21)

22 Im englischen Original „[...] In a view of the unacceptably high level of maternal mortality in many developing countries, the reduction of maternal mortality from now to the year 2000 to a minimal level should be key target for Governments and non-governmental organization, including professional organizations [...]“ (UN Juli/1985: §155)

23 Im englischen Original: „United Nations Population Fund“

Es folgten weitere Konferenzen, wie z.B. eine weitere World Conference on Women 1995 in Beijing, die jedoch keine wesentlichen Weiterentwicklung zur Safe Motherhood Initiative erbrachten.

Trotz aller Bemühungen blieben größere Erfolge bei der Senkung der MMR aus (Maine und Rosenfield 1999). Im September 2000 wurde die Millenniumserklärung im Zuge des Millennium Summit von insgesamt 189 Staats- und Regierungschefs verabschiedet. Eine Operationalisierung der Millenniumserklärung begann ein Jahr darauf, mittels Formulierung der MDG und entsprechender Zielvorgaben (Günther und Sangmeister 2010).

3.3 Müttergesundheit und -sterblichkeit in Mexiko

Laut des Observatorio de la Mortalidad Materna, eine Institution zur Erfassung der MMR mit Sitz in Mexiko Stadt, betrug die Müttersterblichkeit in Mexiko 2010 insgesamt 979 Todesfälle (Observatorio de mortalidad materna 2012). Eine Größenordnung, die angesichts der 287.000 weltweiten Todesfälle in diesem Jahr, relativ gering erscheint (UN 2012: 31). 2010 betrug die MMR in Mexiko ca. 50 pro 100.000 Lebendgeburten. Verglichen mit anderen Ländern Lateinamerikas, beispielsweise Bolivien mit einer MMR von ca. 190 oder Guatemala von ca. 120, präsentiert Mexiko, laut der Weltbank, demnach eine deutlich geringere MMR (The Worldbank 2013)²⁴.

Für Mesoamerika²⁵ konnten Lozano et al. bereits 2011 zeigen, dass keines der Länder der Region bis 2015 die entsprechenden Zielvorgaben des MDG5a erfüllen würde. Auch wenn tendenziell in den meisten Ländern eine Reduktion der MMR erreicht werden konnte, reicht diese zur Senkung der MMR um 75% des Ausgangswertes von 1995 nicht aus. Im südlichen Mexiko ist es zudem zwischen 1990 und 2008, trotz insgesamt kontinuierlicher Reduktion, immer wieder zum Ansteigen der MMR gekommen (Lozano et al. 2011: 299).

24 Die Dunkelziffer bei der statistischen Erfassung der Müttersterblichkeit wird als sehr hoch eingestuft, da viele Nationen Sterbefälle nicht ausreichend erfassen, was unter anderem dadurch begründet wird, dass ein Großteil die Bevölkerungsschichten betrifft, die unter sozialer Ausgrenzung und Armutsverhältnissen leben (CEPAL November/2008: 49). Dies bedeutet, dass MMR und absolute Zahlen der Müttersterblichkeit als statistische Annäherungen verstanden werden müssen. Dies beinhaltet auch, dass verschiedene Quellen teilweise unterschiedliche Ergebnisse erzielen (Abou Zahr 2011).

25 Mesoamerika umfasst per Definition großräumige Gebiete der Staaten Mexiko, Belize, El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua und Costa Rica (Kiechhoff 1943: 92-107). Es ist fraglich warum die Autoren diesen Begriff verwenden, da auch der mexikanische Norden und Panama in ihrer Studie berücksichtigt werden.

Betrachtet man die Entwicklung zwischen 2006 und 2012 zeigt sich, dass die MMR in Mexiko in diesem Intervall „nur“ von 55,9 auf 49,9 gesunken ist. 2009 war sie kurzfristig sogar wieder auf 64,0 angestiegen. Außerdem zeigt sich bei einer näheren Betrachtung, dass es deutliche regionale Unterschiede gibt. Während Bundesstaaten wie Guerrero (91,5), Oaxaca (78,0) oder Chiapas (67,2), in denen ein großer Anteil der indigenen Bevölkerung lebt und die dem mexikanischen Süden angehören, 2012 eine relativ hohe MMR präsentierten, versterben in den nördlichen Bundesstaaten Baja California Sur (20,3) und Nuevo Leon (28,1) seltener Frauen während Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (Observatorio de mortalidad materna en México 2012).

Des Weiteren zeigt sich, dass zwischen 2002 und 2009 keiner der mexikanischen Bundesstaaten eine kontinuierliche Reduktion der MMR verzeichnen konnte (Observatorio de Mortalidad Materna 2010: 8). Diese Beobachtungen treffen auch auf den Bundesstaat Veracruz zu, in dem die Feldforschung durchgeführt wurde. 2012 verzeichnete Veracruz eine MMR von 59,2 (entsprechend 74 Todesfällen) (Observatorio de mortalidad materna 2012).

Gemäß der UN zeigt eine differenzierte Betrachtung der Müttersterblichkeit Unterschiede zwischen indigener und nicht-indigener Bevölkerung. Vergleicht man mexikanische Gemeindebezirke mit einem sehr hohen Anteil indigener Bevölkerung (>70%) mit Gemeindebezirken mit einem geringen Anteil (<40%) fällt auf, dass das Risiko einer Frau während Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett zu versterben sich zuungunsten der Gemeindebezirke mit sehr hohem Anteil indigener Bevölkerung verdreifacht. Hinzu kommt, dass es aufgrund einer hohen Dunkelziffer einen deutlichen Unterschied zwischen der epidemiologisch erfassten und kalkulierten Geburtenrate²⁶ gibt. Betrachtet man die kalkulierte Geburtenrate zur Ermittlung der MMR, steigt die MMR in Gemeindebezirken mit sehr hohem indigenem Anteil auf bis zu 300 an. Außerdem zeigt sich, dass Gemeindebezirke mit besonders hoher MMR nicht automatisch in Bundesstaaten liegen müssen, die insgesamt im nationalen Vergleich eine hohe MMR zu beklagen haben (PNUD 2010: 66).

Dennoch sollte davon abgesehen werden, die ethnische Zusammensetzung einer geografischen Region als Prädiktor der dortigen MMR zu verwenden. Eine solche Schlussfolgerung würde eine Diskriminierung der indigenen Bevölkerung bedeuten, da

26 Leider gibt die UN an dieser Stelle keine Auskunft über die Art der Kalkulation

nicht indigene Kultur oder Ethnizität, sondern soziale und politische Ursachen herangezogen werden müssen, um solche Unterschiede zu erklären. Außerdem wird so geleugnet, dass sich die MMR hauptsächlich auf Gemeindebezirke der mexikanischen Hochebene und in Grenznähe gelegene Metropolen konzentriert (Delgado et al. 2009).



Abbildung 1: Alarmzeichen für Schwangere : der Kopf schmerzt dir...; der Bauch schmerzt dir...; hast du Ohrensausen...; ist dir schlecht, hast du Wehen vor dem 9. Monat..., schwellen dein Gesicht, Hände, Beine oder Füße an...; siehst du kleine Lichter oder vernebelt... (Quelle: Eigene Aufnahme)

Die Annahme, dass kein direkter kausaler Zusammenhang zwischen Ethnizität und Höhe der MMR besteht, kann durch die Betrachtung der lokalen Realität gestützt werden. Es kann als Orientierung angegeben werden, dass die Mehrzahl des befragten medizinischen Personals vor Ort keinen Todesfall im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett erfahren hat. Beispielsweise ist in Filomeno Mata die letzte, vom Gesundheitszentrum erfasste Patientin, laut mündlichem Bericht eines dortigen Arztes, 2007 verstorben. Diese Angabe deckt sich mit denen der mexikanischen Behörde Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Insgesamt gibt das SINAIS an, dass es zwischen 2002 und 2007 27 Fälle im Einzugsgebiet des beforschten Regionalkrankenhauses gegeben hat (SINAIS o.D.). Nichtsdestotrotz sind Müttergesundheit und -sterblichkeit in der Region allseits präsent. Sowohl die alltägliche medizinische Versorgung als auch die öffentliche Aufklärungsarbeit werden durch

diese Themen dominiert. Die Gesundheit von Müttern hat für die lokale Basisgesundheitsversorgung offensichtlich eine besondere Priorität (Abbildung 1 und 2).

Angaben bezüglich der lokalen MMR in der Sierra de Totonacapan sind nicht verfügbar. Außerdem ist die Aussagekraft der MMR in Gemeindebezirken, die nur sehr dünn besiedelt sind und dabei nur vereinzelt Sterbefälle präsentieren, häufig fragwürdig und variiert dementsprechend stark zwischen den Erhebungszeiträumen. Des Weiteren muss in Regionen wie der Sierra de Totonacapan von einer Dunkelziffer ausgegangen werden, die von der nationalen Statistik nicht erfasst wird.

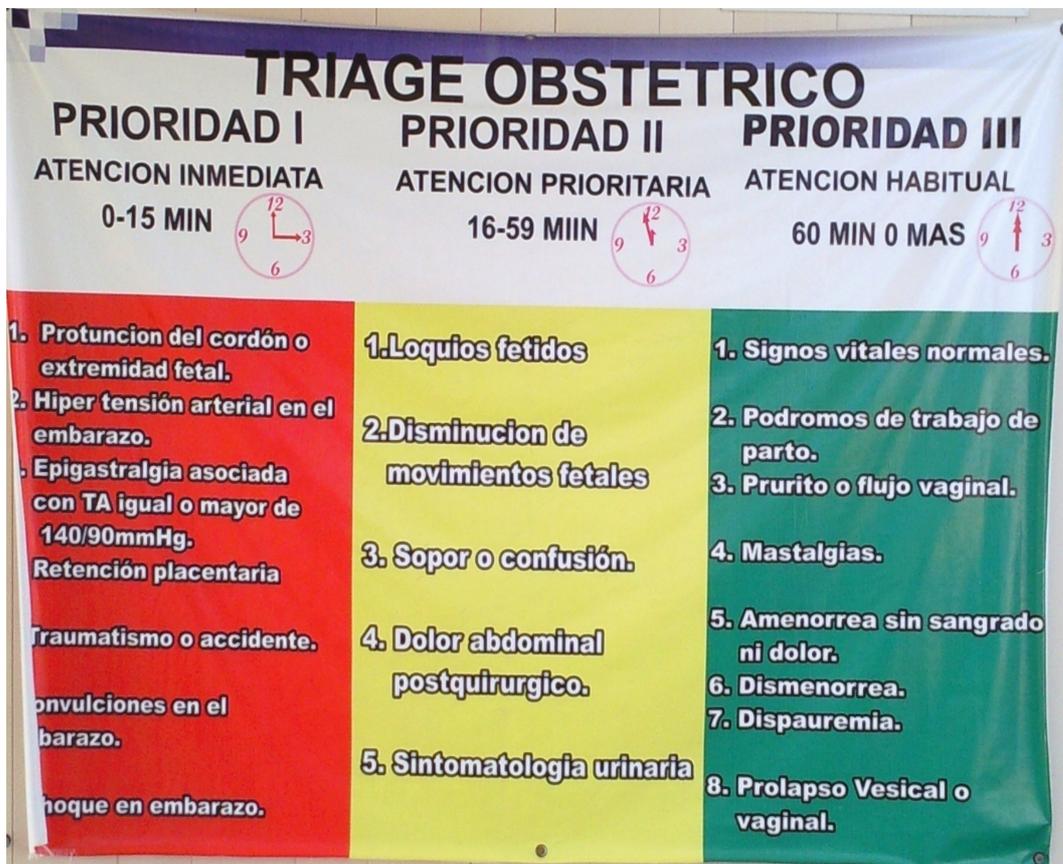


Abbildung 2: Plakat vor der Notaufnahme des Regionalkrankenhauses "Dringlichkeit gynäkologischer Symptome" (Quelle: Eigene Aufnahme)

Zusammenfassend konnten zwei grundlegende Probleme im Kontext Müttergesundheit und -sterblichkeit herausgearbeitet werden: Zum einen die Erfassung der MMR und zum anderen ihre Reduktion. Die MMR muss in jedem Fall in ihrem entsprechenden Kontext und aufgrund unterschiedlicher Probleme bei ihrer Erfassung kritisch betrachtet werden. Die MMR einer Nation ist unfähig die Abhängigkeit der MMR von sozialen oder politischen Faktoren abzubilden. Außerdem hat sich gezeigt, dass die bis

dato erfolgten Bemühungen, die MMR konsequent und nachhaltig zu reduzieren, seit Anbeginn dieser immer wieder auf Probleme stoßen. Frühzeitig wurde propagiert, dass die Zielvorgaben bezüglich der Reduktion der MMR, wie sie in MDG5a formuliert wurden, abermals nicht erreicht werden würden. Es stellt sich nun die Frage: „Warum ist die Verbesserung der Müttergesundheit und Reduktion der Müttersterblichkeit ein weltweites Problem?“

3.4 Skilled Birth Attendants

Der Begriff „Skilled Birth Attendants“ (SBA) wurde maßgeblich durch die Diskussion um MDG5 geprägt. Als zweiter Indikator, nach der MMR selbst, dient der Anteil an SBA der Evaluation der Reduktion der MMR. Per Definition bezeichnet die UN den Anteil an SBA als:

„ [...] den Prozentsatz der Geburten, der von Personal versorgt wird, das geschult wurde, um die nötige Überwachung, Versorgung und Orientierung für Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu erbringen; um Entbindungen selbst zu gestalten; und um für das Neugeborene zu sorgen.

Als geschultes Gesundheitspersonal gelten nur diejenigen, die korrekt ausgebildet sind und über entsprechende Ausrüstung und Medikamente verfügen. Traditionelle Geburtshelfer, auch wenn sie eine kurze Schulung

erhalten haben, sind nicht inbegriffen.“²⁷ (UN 2003: 38).

Betrachtet man epidemiologische Erhebungen der UN zeigt sich, dass viele der Regionen, die eine besonders hohe MMR haben auch einen geringen Anteil an SBA vorweisen (UN 2012: 30-31).

Eine angemessene und adäquate medizinische Versorgung ist eine der prinzipiellen Maßnahmen zur Reduktion der MMR (Thaddeus und Maine 1994). Die Safe Mother-

27 Im englischen Original: *„The proportion of birth attended by skilled health personnel is the percentage of deliveries attended by personnel trained to give the necessary supervision, care and advice to women during pregnancy, labour and the post-partum period; to conduct deliveries on their own; and to care for newborns. Skilled health personnel include only those who are properly trained and who have appropriate equipment and drugs. Traditional birth attendants, even if they have received a short training course, are not to be included.“ (UN 2003: 38)*

hood Initiative sei beispielsweise aufgrund unzureichender Fokussierung auf eine adäquate Notfallversorgung gescheitert. Man ist daher heute der Meinung, dass die beste Strategie zur Reduktion der MMR eine generelle Einordnung aller schwangeren Frauen als potenzielle Risikoschwangerschaften und die Fokussierung auf Qualität, Zugang und Notfallversorgung ist (Maine und Rosenfield 1999: 481).

In Anbetracht der epidemiologischen Daten und der Empfehlungen einiger Autoren der Fachliteratur, ist man allgemein der Ansicht, dass SBA und MMR einander bedingen (u.a. Koblinsky et al. 1999, Maine und Rosenfield 1999, Buttiens et al. 2004).

Diese Korrelation verdeutlicht sich beispielsweise bei der Betrachtung der malaysischen Bemühungen zur Reduktion der MMR. Da die Reduktion der MMR in Malaysia sehr effizient durchgeführt wurde, wird Malaysia immer wieder als Beispiel herangezogen, wie Pathmanathan et al. im Auftrag der Weltbank zeigen konnten. In Malaysia wurde mittels gezielter Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett die MMR zwischen 1933 und 1997 signifikant reduziert (Pathmanathan et al. 2003: 68). Die initiale Fokussierung auf Hebammenschulungen und der Einsatz professioneller Hebammen, gefolgt von Bemühungen, Zugang und Erreichbarkeit der Landbevölkerung zu professioneller Geburtshilfe zu optimieren, wurde durch Investitionen zur Sicherung einer adäquaten Basisgesundheitsversorgung ergänzt (Pathmanathan et al. 2003: 73). Gemäß der World Health Statistics der WHO betrug der Anteil an SBA 2012 in Malaysia über 95% bei einer MMR von 29 (WHO 2012: 21-22). In den 1960er Jahren hatte die MMR noch weit über 200 gelegen (Ronsmans und Graham 2006). Viele Länder versuchen sich an erfolgversprechenden Beispielen wie dem malaysischen zu orientieren.

Strategien zur Verbesserung der Müttergesundheit und Basisgesundheitsversorgung allgemein wurden auch innerhalb der mexikanischen Gesundheitspolitik zur Reduktion der MMR etabliert. In Mexiko versucht man die MMR mittels drei verschiedener Maßnahmen zu senken (Bissell 2009: 24):

1. Familienplanung und Empfängnisverhütung²⁸
2. Fachkundige Betreuung während und direkt nach der Schwangerschaft
3. Geburtshelferische Notfallversorgung bei Komplikationen

28 Dieser Punkt soll hier nur der Vollständigkeit halber Erwähnung finden, da er im entsprechenden Abschnitt gesondert thematisiert wird.

Vor allem die unter Punkt 2 und 3 aufgeführten Maßnahmen spiegeln die UN- Definition von SBA und aktuelle Empfehlungen der Fachliteratur wider.

Gemäß dieser Strategie kam es in Mexiko zu einem rapiden Anstieg des Anteils an SBA. 2012 betrug dieser bereits über 93% (WHO 2012: 22). Sehr ähnliche Tendenzen konnten in der gesamten lateinamerikanischen Region beobachtet werden. Während 1990 nur 75% aller Geburten von geschultem Gesundheitspersonal betreut wurden, stieg der Anteil in Lateinamerika bis 2010 auf insgesamt 92% (UN 2012: 31).

In Mexiko hat der Fokus auf Risikogeburten den vorherigen Fokus auf eine Risikodiagnose abgelöst, was sich beispielsweise in der abnehmenden Relevanz der Basisgesundheitsversorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch Gesundheitszentren verdeutlicht (Bissell 2009: 26). Des Weiteren muss diese Veränderung in Relation zur Verallgemeinerung von Schwangerschaft und Geburt als potenzielles Lebensrisiko gesehen werden (Smith Oka 2012).

Es ist zu überprüfen, ob die institutionelle Geburt den Ausbildungs- und Qualitätsstandards im Sinne von SBA in der Praxis entspricht. Hierzu werden unterschiedliche Arbeiten aus der Fachliteratur zu diesem Thema diskutiert.

Harvey et al. untersuchten 2007 den Indikator SBA dahingehend, dass sie von der WHO festgelegte Evidenz basierte Standards²⁹ mit den Ist-Zuständen in fünf unterschiedlichen Kontexten mit besonders hohen MMR verglichen. Hierbei wurden zum einen der theoretische Wissensstand und zum anderen die Anwendung gängiger Therapiemaßnahmen in Hinblick auf potenzielle Geburtskomplikationen erfasst. Die Studie der Autoren befasst sich mit medizinischem Personal in Benin, Ecuador, Jamaika, Ruanda und Nicaragua. Traditionelle Geburtshelfer wurden nicht berücksichtigt. Insgesamt beschreiben die Autoren eine signifikante Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand, die sich abhängig von der jeweiligen Profession in unterschiedlichem Ausmaß verdeutlicht. Pflegepersonal und geschulte, medizinische Hebammen schnitten bei der Überprüfung lebensrettender Maßnahmen und den damit verbundenen Kenntnissen relativ schlecht ab, obwohl sie in vielen Regionen einen Großteil der Geburten betreuen. In kausalen Zusammenhang der Ergebnisse stellen die Autoren neben der schlechten und teils unzureichenden Ausbildung des Personals den schlechten Zugang zu Medikamenten und Ausrüstung, ineffektive Supervision und

29 Vgl. WHO (2000)

demoralisierende Arbeitsumstände (Harvey et al. 2007).

Das von Miller et al. als „*Paradox of Dominican Republic*“ (Miller et al. 2003) bezeichnete Phänomen einer hohen MMR von 150 im Jahr 2012 in der Dominikanischen Republik (WHO 2012: 21), trotz eines ausgesprochen hohen Anteils an institutioneller Geburten, kann als weiteres Beispiel gesehen werden. Die Autoren erklären sich dieses Phänomen durch mangelnde Qualität der medizinischen Versorgung. Referenzkrankenhäuser³⁰ sind überfüllt und unterbesetzt. Es herrscht eine unverhältnismäßige Biomedikalisierung³¹ normaler Geburten, bei gleichzeitiger Unterversorgung von Notfällen. In peripheren medizinischen Einrichtungen werden in der Dominikanischen Republik Geburten durch Pflegepersonal betreut. Insgesamt fehlt es auf allen Ebenen an einer adäquaten Basisgesundheitsversorgung. Miller et al. kommen zu dem Schluss, dass Erreichbarkeit und Zugang zu medizinischen Einrichtungen die MMR nicht senken, wenn sie nicht mit Investitionen zur Gewährleistung entsprechender Versorgungsqualität einhergehen (Miller et al. 2003).

Auch wenn beide Studien sich nicht mit der mexikanischen Gesundheitsversorgung beschäftigt haben, stellt die Gesundheitsversorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auch in Mexiko ein Problem dar. Patricia Uribe, frühere Direktorin des Nationalen Zentrums für Geschlechtergleichberechtigung und reproduktive Gesundheit³² in Mexiko, fasst im Rahmen der Müttersterblichkeit zusammen: „*Der prinzipielle Fehler in unserem Land bezüglich der Müttersterblichkeit betrifft die Qualität der geburtshelferischen Notfallversorgung.*“ (Uribe et al. 2009: 63)³³.

30 Als „Referenzkrankenhäuser gelten laut PMNCH „*Referral hospitals provide complex clinical care interventions to patients referred from the community, primary/first, or district hospital levels. Referral hospitals need to provide many forms of support, including advice on which patients to refer, proper post discharge care and long-term management of chronic conditions. Referral hospitals can also provide important managerial and administrative support to other facilities, serving as gateways for drugs and medical supplies, laboratory testing services, general procurement, data collection from health information systems and epidemiological surveillance. They are also the vehicle for disseminating technologies by training new staff and providing continuing professional education for existing staff at different facilities.*“ (PMNCH 2011: 10)

31 Der Präfix „Bio-“ betont die Bindung der Medizin an die klassischen Naturwissenschaften. Medikalisierung wird als ein „*Prozess durch den nicht-medizinische Probleme als medizinische Probleme definiert und behandelt werden, normalerweise im Rahmen von Krankheit und Behinderung*“ definiert (Conrad 1992: 209). Als „*nicht-medizinisches Problem*“ können zum Beispiel soziokulturelle Probleme verstanden werden, die mit Schwangerschaft und Geburt assoziiert sind, aber im Fall der Biomedikalisierung ausschließlich aus Perspektive der Biomedizin betrachtet werden.

32 Im spanischen Original „Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva“

33 Im spanischen Original „*La principal falla en relación con las muertes maternas en nuestro país está vinculado a la calidad de la atención de las emergencias obstétricas*“ (Uribe et al. 2009: 63)

Angesichts der momentanen Datenlage kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil an SBA in Mexiko deutlich geringer ausfällt als statistisch erhoben. Die Versorgung vieler institutioneller Geburten wird als SBA erfasst, obwohl es sich nicht, gemäß der UN-Definition, um „geschultes Gesundheitspersonal“, das „korrekt ausgebildet“ ist, handelt (UN 2003: 38). In diesen Fällen wird in der Fachliteratur von „semi-skilled [birth] attendants“ gesprochen, die zwar statistisch den Anteil an SBA erhöhen, jedoch keine signifikante Reduktion der MMR erbringen (Maine 2007: 1380-1381).

Es hat sich gezeigt, dass SBA eine Schlüsselrolle bei der Reduktion der MMR spielt. Neben dieser wird die Kultur einer Bevölkerungsgruppe im Allgemeinen als wegweisend für ein Verständnis vom Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verstanden und Ansätze, die sich mit dieser beschäftigen, zur Hilfe gezogen, um eine Reduktion der MMR herbeizuführen. In diesem Kontext ist der Begriff Interkulturelle Medizin ausschlaggebend.

Zunächst werden im Folgenden jedoch zwei weitere bedeutende Themen aus dem Bereich der medizinischen Maßnahmen behandelt: Die Relevanz von Empfängnisverhütung für die Gesundheit von Müttern, anschließend folgt eine differenzierte Betrachtung des „*unmet need for family planning*“³⁴ (WHO 2013b). Insbesondere die Verhütungsmethoden Kupferspirale (DIU³⁵) und die chirurgische Sterilisation der Frau mittels Tubenligatur (OTB³⁶) werden aufgrund ihrer häufigen Verwendung in Mexiko und der Präsenz im Feld von mir im Detail thematisiert.

3.5 Relevanz der Empfängnisverhütung

In Hinblick auf die MDG wird die regelrechte Verwendung von modernen Verhütungsmethoden als zielführend für alle der insgesamt acht MDGs angesehen. Vor allem

34 Unter Frauen mit einem „*unmet need*“ versteht die WHO „*Frauen mit unmet need sind solche, die fruchtbar und sexuell aktiv sind aber keine Verhütungsmethode verwenden und berichten, dass sie keine Kinder mehr möchten oder die Geburt ihres nächsten Kindes aufschieben möchten.*“. Im englischen Original „*Women with unmet need are those who are fecund and sexually active but are not using any method of contraception, and report not wanting any more children or wanting to delay the birth of their next child.*“ (WHO 2013b)

35 Die Abkürzung DIU werde ich im Folgenden verwenden, da sie von lokalen Akteur_innen verwendet wird. DIU steht für die spanische Bezeichnung der Spirale „Dispositivo intrauterino“. Im Englischen spricht man von „interuterin device“, abgekürzt IUD.

36 Die Abkürzung OTB steht für den spanischen Fachterminus „*oclusión tubaria bilateral*“, der dem deutschen Begriff bilaterale Tubenligatur entspricht. Des Weiteren wird von lokalen Akteur_innen auch der Begriff „*salpingo*“, vom Spanischen „*salpingoclasia*“ genutzt. Im Folgenden werde ich allerdings die Abkürzung OTB verwenden.

direkt mit reproduktiver Medizin assoziierte MDGs, wie MDG4 (Kindersterblichkeit) und MDG5 (Müttersterblichkeit) sollen durch Familienplanung kostengünstig positiv beeinflusst werden (Cates jr. et al. 2010: 1603, Jacobstein et al. 2013). Cleland et al. gehen in ihrer 2006 in *The Lancet* erschienen Publikation von einer möglichen Reduktion der weltweiten MMR durch moderne Verhütungsmethoden von bis zu 32% aus (Cleland et al. 2006: 1812-1813).

Ungeschützter Geschlechtsverkehr gilt in armen Ländern, nach Untergewicht, als zweitwichtigster Risikofaktor für Krankheit und Tod (Glasier et al. 2006). Mehr als 120 Millionen Paare haben keinen Zugang zu modernen Verhütungsmethoden. Folge des „*unmet need*“ sind beispielsweise 80 Millionen ungewollte Schwangerschaften weltweit, von denen ca. 45 Millionen in einem vorzeitigen Schwangerschaftsabbruch enden, wobei ca. 19 Millionen unsachgemäß („*unsafe abortion*“) durchgeführt werden (Glasier et al. 2006: 1597).

Als „*unsafe abortion*“ definiert die WHO Abbrüche ohne vorherige Empfehlung und Beratung; von einer ungeschulten Person, häufig in unhygienischen Konditionen, oder inoffiziell von medizinischem Personal durchgeführte Abbrüche; durch Einführen eines Gegenstandes oder gewaltsame abdominale Massagen induzierte Abbrüche; inkorrekt durchgeführter medikamentöser Abbruch oder die Medikation wurde von einem Apotheker ohne oder mit inadäquater Instruktion und ohne Nachsorge verabreicht; und von der Schwangeren selbst provozierte Abbruch durch Einnahme traditioneller oder giftiger Substanzen (Åhman und Shah 2011: 2).

In Lateinamerika kommt „*unsafe abortion*“ überdurchschnittlich häufig vor. 2008 wurde bei 31 von 1000 Frauen zwischen dem 15 und 44 Lebensjahr ein unsicherer Schwangerschaftsabbruch durchgeführt. In der Region Lateinamerika sind Schwangerschaftsabbrüche für 12%³⁷ der Müttersterblichkeit verantwortlich. Verglichen mit 1990 sind die Zahlen rückläufig (Glasier et al. 2006: 1598, Åhman und Shah 2011: 24). Die Folgen einer ungewollten Schwangerschaft wirken sich nicht nur auf die Gesundheit der Schwangeren aus, sondern beeinflussen auch die Gesundheit und Sozialisierung des ungewünschten Kindes (Langer 2002: 198-199).

37 Zum Vergleich: Weltweit sind unsichere Schwangerschaftsabbrüche für 13% der MMR verantwortlich (Åhman und Shah 2011: 28), wobei weltweit – verglichen mit Lateinamerika – nur bei 14 von 1000 Frauen zwischen dem 15 und 44 Lebensjahr eine Schwangerschaft in unsicheren Konditionen abgebrochen wurde (Åhman und Shah 2011: 19).

Ein weiterer wichtiger Aspekt moderner Verhütungsmethoden ist die in der englischen Fachliteratur als „*birth spacing*“ bezeichnete zeitliche Kontrolle zwischen einer stattgefundenen Geburt und einer Folgeschwangerschaft. Sowohl zu kurze als auch zu lange Intervalle zwischen zwei auf einander folgenden Schwangerschaften bzw. Geburten beinhalten erhebliche Risiken. Eine Metaanalyse publiziert von Conde Agudelo et al. ergab, dass ein Intervall zwischen 18 und 59 Monaten die Risiken für u.a. Frühgeburt, Untergewicht des Neugeborenen, Versterben des Säuglings, etc. reduziert (Conde Agudelo et al. 2006).

Die genannten Aspekte und einige weitere, beispielsweise HIV/Aids – das an dieser Stelle nicht thematisiert werden soll – führten seit den 1960er Jahren zu einer weltweiten Verbreitung moderner Verhütungsmethoden und einer deutlichen globalen Präsenz des Themas und demzufolge zu steigender finanzieller Unterstützung von Familienplanungsprogrammen. In der Folge ließ die Finanzierung solcher Programme jedoch schnell nach (Glasier et al. 2006: 1601). Dies verdeutlicht sich u.a. anhand der seit 1990 rückläufigen Zahlen. Während 1990 in Lateinamerika noch 74% aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die in einer Partnerschaft leben oder verheiratet sind, eine Verhütungsmethode verwendeten, betrug der Anteil 2010 nur noch 62% (UN 2012: 35).

In Mexiko gilt Familienplanung, neben SBA und rechtzeitiger Notfallversorgung, als einer der „*drei Pfeiler*“ (span. „*tres pilares*“) zur Reduktion der MMR (Bissell 2009: 24). Die UN veröffentlichte 2012, dass 67,1% der mexikanischen Frauen zwischen 15 und 49 Jahren ein modernes Verhütungsmittel benutzten (UN 2012)³⁸. *The Lancet* publizierte 2013 eine Studie die besagt, dass 2010 insgesamt 72,1% der mexikanischen Frauen zwischen 15 und 49 Jahren eine Verhütungsmethode verwendeten³⁹. Insgesamt lag Mexiko leicht über dem durchschnittlichen Niveau entwickelter Länder (71,5%). Außerdem zeigten die Autoren, dass die Verwendung von Verhütungsmitteln seit 1990 deutlich stärker in Regionen mit zuvor geringer Verwendung angestiegen ist (Alkema et al. 2013: 1645-1648). Ein Beispiel hierfür ist Mexiko.

Laut des Instituto Nacional de la Mujeres⁴⁰, einer staatlichen mexikanischen Institution, verwendeten in Mexiko 2006 62,2% der indigenen Frauen und 70,5% der nicht indigenen Frauen eine Verhütungsmethode. Jeweils über 90% geben an, mindestens

38 Für Deutschland wurden 66,8% kalkuliert (UN 2012).

39 In Deutschland waren es mit 71,3% ein nur geringfügig kleinerer Anteil der weiblichen Bevölkerung (Alkema et al. 2013)

40 Im Deutschen „Nationales Institut der Frauen“ (<http://www.inmujeres.gob.mx/>)

eine moderne Verhütungsmethode zu kennen. Eine weitere Differenzierung zwischen Stadt- und Landbevölkerung ergab, dass 70,7% der in einer Stadt lebenden indigenen Frauen und 72,9% der nicht indigenen Frauen, aber nur 48,9% der auf dem Land lebenden indigenen Frauen und 61,1% der nicht indigenen Frauen, eine moderne Verhütungsmethode verwenden (INMujeres 2009: 9). Der Rückschluss, dass dies die erhöhte MMR der indigenen Bevölkerung erklärt, kann nicht gezogen werden, da auch die medizinische Versorgung der indigenen Bevölkerung deutlich schlechter ist als die der nicht indigenen (u.a. Kuper 2005, Montenegro und Stephens 2006, King et al. 2009).

Weiterhin zeigte sich, dass sich u.a. das Lebensalter, das Niveau der Schulbildung und die Anzahl der Schwangerschaften auf die Prävalenz auswirkten. Frauen zwischen 15 und 19 Jahren (38,2% indigene Frauen, 39,7% nicht indigene Frauen), ohne Schulausbildung (46,2% indigene Frauen, 61,5% nicht indigene Frauen) und vor der ersten Schwangerschaft (25,3% indigene Frauen⁴¹, 23,8% nicht indigene Frauen) gebrauchen deutlich seltener moderne Verhütungsmethoden (INMujeres 2009: 9).

Bis dato hat sich eine scheinbare Diskrepanz zwischen dem effektiven Nutzen von modernen Verhütungsmethoden und der Anerkennung, Verbreitung und Verwendung von modernen Verhütungsmethoden verdeutlicht. Es gilt daher in dieser Arbeit, die Gründe für den beschriebenen „*unmet need*“ zu betrachten.

3.6 Zwei moderne Verhütungsmethoden: Kupferspirale und Tubenligatur

Unter Frauen mit einem „*unmet need*“ versteht die WHO „*Frauen mit unmet need sind solche, die fruchtbar und sexuell aktiv sind aber keine Verhütungsmethode verwenden und berichten, dass sie keine Kinder mehr möchten oder die Geburt ihres nächsten Kindes aufschieben möchten.*“⁴² (WHO 2013b).

Gründe für den anhaltenden „*unmet need*“ sind, der Fachliteratur zufolge, beispielsweise Risikofehleinschätzungen von Schwangerschaften und Geburten, religiöse Vorstellungen (Collumbien et al. 2004: 1259 und Hirsch 2008), geografische Distanz zu Gesundheitseinrichtungen, fehlender oder unzureichender Kenntnisstand, Angst vor Nebenwirkungen und familiäre oder soziale Ablehnung. Viele der unzähligen Gesundheitsprogramme haben es geschafft, technische und strukturelle Barrieren zu über-

41 Die Angabe wird von den Autoren selbst als nicht ausreichend belegt bezeichnet.

42 Im englischen Original „*Women with unmet need are those who are fecund and sexually active but are not using any method of contraception, and report not wanting any more children or wanting to delay the birth of their next child.*“ (WHO 2013b)

winden, scheitern jedoch nach wie vor an sozialen Faktoren des „*unmet need*“ (Bongaarts und Bruce 1995: 73).

Nachdem ich nun die Relevanz von Familienplanung und Empfängnisverhütung dargestellt habe, möchte ich zeigen, welche Programme und Strategien zum Einsatz kommen. Unter Programmen verstehe ich in diesem Rahmen offizielle Gesundheitsprogramme. Als Strategien hingegen bezeichne ich Entscheidungen und Handlungen, die von Akteur_innen im Feld selbst entwickelt werden, um Gesundheitsprogramme umzusetzen. Hierzu werde ich mich mit den modernen Verhütungsmethoden Kupferspirale (span. Dispositivo intrauterino, DIU) und Tubenligatur (span. Oclusion tubaría bilateral, OTB) auseinandersetzen. Anhand der Analyse dieser Themen wird sich die Meinung der lokalen Bevölkerung über Empfängnisverhütung herausarbeiten lassen. Außerdem wird sich auf diesem Weg der Einfluss auf die Müttergesundheit und -sterblichkeit verdeutlichen.

2006 verwendeten, laut Instituto Nacional de las Mujeres, 17,1%⁴³ der verhütenden, sexuell aktiven und reproduktionsfähigen mexikanischen Frauen den DIU. Er ist damit die am zweithäufigsten zur Anwendung gekommene Verhütungsmethode (INMujeres 2009: 10). Die UN geht 2012 von einem Anteil von 11,6% aus (UN 2012)⁴⁴.

Weltweit ist der DIU, aufgrund seiner Effektivität, Sicherheit und niedriger Kosten eine der am meisten zur Anwendung kommenden modernen Verhütungsmethoden. 2007 wurde der DIU weltweit von 14,2% der Frauen zwischen dem 15 und 49 Lebensjahr verwendet (Ali et al. 2011: 8). Im internationalen Vergleich zeigen sich jedoch enorme regionale Unterschiede, wobei Mexiko, neben der Volksrepublik China und Ägypten, zu den Ländern mit besonders hoher Prävalenz zählt. In Mexiko nahm die Prävalenz von modernen Verhütungsmitteln seit Mitte der 1970er Jahre rapide zu. Zunächst im Zuge des ersten Familienplanungsprogramms 1977, in dessen Mittelpunkt die Antibabypille und die Rolle der mexikanischen Männer innerhalb der Familienplanung stand und 1982 durch die Ausweitung des Programms auf ländliche Regionen. 1982⁴⁵ rückte die

43 Auch für diese Zahlen existiert eine ethnische Differenzierung zwischen indigener und nicht indigener Bevölkerung, die hier aber zunächst keine bedeutende Rolle spielt und außerdem nur geringe quantitative Unterschiede aufzeigt.

44 Da aktuelle Zahlen der UN für Deutschland leider fehlen, sollen an dieser Stelle Angaben der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) verwendet werden. Die DGGG geht davon aus, dass in Deutschland 2009 3% aller Frauen im reproduktiven Alter eine Kupferspirale verwendet haben (Rabe 2011: 561).

45 Seit 1982 spielt außerdem die Sterilisation von Frauen eine entscheidende Rolle in der mexikanischen Familienplanung (d'Arcangues 2007: 5). Auf dieses Thema werde ich jedoch zu einem späteren Zeitpunkt in diesem Abschnitt noch näher eingehen.

umgehende postpartale Verwendung⁴⁶ des DIU bei Erstgebärenden in den Fokus der Familienplanungsprogramme (d'Arcangues 2007: 5).

Die häufige postpartale Verwendung des DIU wird in der Fachliteratur als sicher, effektiv und unbedenklich beschrieben (Grimes et al. 2002). Ein Vorteil der umgehenden Applikation ist, dass sich die Person bereits in einer medizinischen Einrichtung befindet, die in der Lage ist, den DIU einzusetzen. Außerdem sind Patientinnen in dieser Situation eher geneigt, eine moderne Verhütungsmethode zu akzeptieren und auch zu verwenden. Obwohl es in Entwicklungsländern an Follow-up Studien mangelt, die z.B. Expulsions-, Perforations- und Infektionsraten untersuchen, empfiehlt die WHO, im Hinblick auf den bestehenden „*unmet need*“ dieser Länder, die postpartale Verwendung des DIU (Muthal Rathore 2010).

Insgesamt 51,8% der sexuell aktiven mexikanischen Frauen im reproduktiven Alter haben eine OTB bei sich durchführen lassen⁴⁷. Allgemein ist Lateinamerika laut UNFPA die Region, in der am meisten Frauen mittels OTB verhüten (UNFPA 2012: 27). Die aktuellsten Prävalenzangaben der UN stammen aus dem Jahr 1995, zeigen aber die Effizienz des mexikanischen Familienplanungsprogramms. Während 1976 nur 2,7% der verhütenden Frauen sterilisiert waren, verzehnfachte sich der Anteil bis 1995 auf 27,3% (UN 2012). Zusammen mit dem DIU rückte die OTB ab 1982 in den Mittelpunkt der mexikanischen Familienplanung (d'Arcangues 2007: 5). Bis 1987 entwickelte sich die OTB zur meist verbreiteten Verhütungsmethode Mexikos (Remez 1990: 37).

Weltweit ist die OTB die am häufigsten verwendete moderne Verhütungsmethode. 19% aller verheirateten oder in einer Beziehung befindlichen Frauen im reproduktiven Alter verwenden die OTB, um die Zahl ihrer Schwangerschaften zu limitieren. Die OTB hat einen Anteil von 34% der verhütenden Frauen und macht zusammen mit dem DIU insgesamt 60% der weltweiten Verwendung moderner Verhütungsmethoden aus (Jacobstein et al. 2013: 10).

Die Prävalenzsteigerung der OTB wird aus gesundheitspolitischer Sicht angestrebt, da es sich bei der OTB um eine effiziente und permanente moderne Verhütungsmethode handelt. Nur in 5 von 1000 Fällen versagt die OTB und ist somit ungleich sicherer als beispielsweise das Kondom, bei dem es in 180 von 1000 Fällen zur Schwangerschaft kommt. Dieser Unterschied begründet sich durch die Tatsache, dass die OTB im

46 Als umgehendes Einführen des DIU nach der Geburt gilt eine Applikation binnen 10 min nach Geburt der Plazenta (Muthal Rathore 2010).

47 In Deutschland hingegen ist die Prävalenz der OTB mit 8% (2009) vergleichsweise unterdurchschnittlich (Rabe 2011: 561).

Vergleich zu anderen Verhütungsmethoden nur wenige korrekte und konsequente Handlungen bedarf (Jacobstein et al. 2013: 10). Einzig die Sterilisation des Mannes mittels Vasektomie verspricht mit 0,15% mehr Sicherheit (UNFPA 2012: 24).

Die Kosten⁴⁸ einer OTB belaufen sich in Lateinamerika laut Guttmacher Institut auf 3,02 USD. Die OTB ist damit nach der Vasektomie (1,34 USD), aber noch vor dem DIU (3,80 USD), eine relativ kostengünstige moderne Verhütungsmethode (Singh und Darroch 2012).

Betrachtet man Effektivität und Effizienz der OTB, hat sie gegenüber anderen Methoden deutliche Vorteile, sodass teilweise sehr hohe Prävalenzraten zunächst im Kontext dieser Charakteristika gesehen werden müssen. Dennoch ist die OTB eine Operation mit entsprechenden Risiken: Allgemeines Narkoserisiko, Infektionsrisiko, Risiko postoperativer Verwachsungen, Risiko einer intra- oder postoperativen Blutung etc. Zusätzlich werden psychische Probleme nach dem Eingriff und das „post tubal ligation syndrom“ (PTLS) in der Fachliteratur kontrovers diskutiert. Beim PTLS handelt es sich um eine vermehrte Blutungsneigung, die zu gehäuften Abrasionen⁴⁹ und damit zu Histerektomien (Gebärmutterentfernung) führen kann (Wiborny 2005: 24-25).

3.7 Interkulturelle Medizin in Mexiko – Eine Einführung

Allgemein anerkannt ist, dass Interkulturelle Medizin eine entproblematisierende Wirkung auf unterschiedliche Dimensionen eines Kulturkontakts haben kann (Baecker 2001: 15). Kulturelle Barrieren bei der medizinischen Versorgung sollen durch sie überwunden werden. Interkulturelle Medizin kann darüber hinaus als ein Konzept angesehen werden, dass kulturelle Differenzen aus Sicht historisch und sozial geformter Machtverhältnisse betrachtet (Torri 2010: 39). So wird versucht, die medizinische Versorgung zu verbessern. Aus diesem Grund zielt Interkulturelle Medizin auf Akzeptanz, Respekt, horizontale Beziehungen, Einbeziehung, Gleichberechtigung, Mutualität und Solidarität ab (Torri 2010: 32).⁵⁰

In Mexiko hat das Konzept Interkulturelle Medizin eine lange Tradition. Sowohl in der

48 Im Deutschen „Die Verfahrenskosten für dauerhafte und lang wirkende Methoden wurden in jährliche Kosten umgewandelt, indem man die Gesamtkosten durch die erwartete durchschnittliche Zahl der Jahre der Nutzung, basierend auf USAID Umrechnungsfaktoren, konvertierte“. Im englischen Original „Method costs for permanent and long-acting methods are converted to annual costs by dividing total costs by the expected average number of years of use, based on USAID conversion factors [...]“ (Singh und Darroch 2012).

49 Unter Abrasio uteri versteht man in der Gynäkologie das Ausschärben (Kürettage) der Gebärmutter-schleimhaut.

50 Vgl. Mignone et al. (2007)

mexikanischen Anthropologie als auch in der nationalen Politik nimmt es eine bedeutende Rolle ein.

Bereits in den 1940er Jahren, mit dem Aufkommen der medizinischen Anthropologie innerhalb der bereits bestehenden Sozialanthropologie, begann sich eine interkulturelle Perspektive auf die Medizin auszurichten. Diese Entwicklung resultierte vor allem aus dem wissenschaftlichen Interesse an der im Gesundheitssystem vernachlässigten indigenen Bevölkerung. In dieser Zeit entwickelte sich in Mexiko eine Vielzahl wissenschaftlicher Diskurse (Lerín Piñón 2004: 113).

Das Werk Aguirre Beltráns gilt bis heute als historisch relevant. Bereits 1955 sprach sich der mexikanische Anthropologe für die Berücksichtigung der Thematik Interkulturalität innerhalb von Gesundheitsprogrammen aus (Aguirre Beltrán 1994 [1955]). Ein anderer Vertreter, der US-amerikanische Anthropologe Redfield, der heute aufgrund seiner rassistischen Interpretation der mexikanischen Ethnizität unter Vorbehalt betrachtet werden sollte (Redfield 1940), setzte sich bereits in den 1930er Jahren in der mexikanischen Stadt Tepoztlán für einen Dialog zwischen lokaler und westlicher Medizin ein (Lerín Piñón 2004: 118-119).⁵¹

Trotz der langen Tradition ist es bis heute nicht gelungen, eine einheitliche und im medizinischen Kontext praktikable Definition des Begriffs „Interkultureller Medizin“ zu formulieren (Menéndez 2006: 51, Salaverry 2010: 81).

Interkulturelle Medizin unterliegt einer breiten und zudem kritischen Diskussion. Zunächst wird von einigen Autoren kritisiert, dass das Konzept ohne nennenswerte Evidenz zur Anwendung kommt (Salaverry 2010: 81, Ramírez Hita 2011: 111). Außerdem kommt die Frage auf, ob der Begriff „Interkulturelle Medizin“⁵² weiterhin verwendet werden sollte, da es bis dato zu keiner erkennbaren Verbesserung der Gesundheitssituation gekommen ist. Laut Ramírez konnten weder bezüglich der Versorgung in medizinischen Einrichtungen Verbesserungen, noch signifikante epidemiologische Veränderungen durch Interkulturelle Medizin erbracht werden (Ramírez Hita 2011: 106). Generell ist die Institutionalisierung bis heute überdauernder medizinischer Versorgungssysteme im Kontext Interkulturellen Medizin fraglich, wenn diese

51 Vgl. Campos Navarro (2010)

52 Einige Autoren sympathisieren mehr mit der Bezeichnung „Kulturelle Kompetenz“ (u.a. Baecker 2001, Kleinman und Benson 2006, Holmes 2012) und vermeiden den Begriff „Interkulturelle Medizin“ weitgehend.

sich jahrzehntelang ohne aktive Beteiligung der institutionellen Medizin und Unterstützung gesundheitspolitischer Programme selbstständig erhalten und entwickelt haben (Knipper 2006: 426). Baecker geht sogar soweit, die vordergründig gute Intention interkultureller Kompetenz eines „neuartigen und subtilen Kolonialismus“ zu beschuldigen (Baecker 2001: 30). Dieser Kritik gegenüber stehen einige Programme und Projekte mit interkulturellem Ansatz, die in der Fachliteratur als erfolgreich bezeichnet werden (Mignone et al. 2007, Torri 2010).

Der mexikanische Anthropologe Menéndez kritisiert im Speziellen, dass die sich konstant entwickelnde Diskussion zum Thema zwar innerhalb der medizinischen Anthropologie voranschreitet, diese Forschungsergebnisse in der Praxis aber nicht zur Anwendung kommen. Außerdem beschreibt er eine Einschränkung des Konzeptes auf die Gegenüberstellungen von Biomedizin und traditionelle Medizin. Im lateinamerikanischen Kontext werden die Unterscheidung indigene und nicht indigene Bevölkerung bzw. nicht indigenes medizinisches Personal und eine thematische Einschränkung auf den Bereich der Phytotherapie vom Autor akzentuiert (Menéndez 2006: 51-52). Ein zusätzlicher Bereich der innerhalb der Interkulturellen Medizin besondere Aufmerksamkeit erhält, ist die Geburtshilfe (Knipper 2007), wobei dieser auch innerhalb traditioneller Medizin besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird (Abbildung 3).

Bei der Betrachtung von Interkultureller Medizin muss der jeweilige Kontext, in dem dieser Begriff verwendet wird, berücksichtigt werden. In einigen Fällen zielt Interkulturelle Medizin auf die Verbindung verschiedener Medizinformen ab, beschäftigt sich demnach mit dem real existierenden medizinischen Pluralismus. Wobei diese Medizinformen, obgleich sie konzeptualisiert sind, unterschiedlichen Kulturen zugeordnet werden. In anderen Fällen steht Interkulturelle Medizin für ein Konzept, dass medizinischem Personal (inter-)kulturelle Kompetenzen im Umgang mit unterschiedlichen Patient_innen vermitteln soll. Gleichzeitig handelt es sich aber auch um eine theoretische Disziplin innerhalb der Sozialwissenschaften zur Analyse relevanter Aspekte innerhalb der Medizin.



Abbildung 3: Plakat "Um die Müttersterblichkeit zu bekämpfen...ist es nötig ein gemeinsames Verständnis zu haben", auf der Abbildung sind traditionelle Hebammen aus Filomeno Mata abgebildet (Fundort: Regionalkrankenhaus in Entabladero)

Zusammenfassend konnte nach Ausarbeiten des aktuellen Forschungsstands, bezüglich der Themen Müttersterblichkeit und -gesundheit und Interkulturelle Medizin, gezeigt werden, dass dem Kulturbegriff im Rahmen beider Themen eine Schlüsselrolle bei der medizinischen Versorgung generell und insbesondere während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beigemessen werden kann. Während gezeigt werden konnte, dass zur Reduktion der MMR kulturelle Aspekte lange Zeit vernachlässigt wurden, spielt Kultur für Interkulturelle Medizin seit jeher eine zentrale Rolle. Beide Themen sind demnach durch den Kulturbegriff verbunden, widersprechen sich aber auch in genau

diesem Punkt sehr deutlich. Ein Fokus auf Kultur könnte die lang erwartete Reduktion der MMR maßgeblich voranbringen. Gleichzeitig wird innerhalb der Sozialwissenschaften ein positiver Einfluss Interkultureller Medizin auf die medizinische Versorgung angezweifelt.

3.8 Traditionelle Hebammen

Zur Einführung in dieses Kapitels werde ich den Begriff „traditionelle Hebamme“ näher definieren, da er bis dato aus der Fachliteratur übernommen wurde. Außerdem werde ich den in der Fachliteratur häufig in diesem Kontext verwendeten Begriff „Traditional Birth Attendants“ (TBA) einführen.

Traditionelle Hebammen bzw. TBA ist ein Begriff der Fachliteratur und Biomedizin, der als Abgrenzung zur SBA und in diesem Rahmen häufig als Antagonist Verwendung findet⁵³. Hierbei ist zu betonen, dass traditionelle Hebammen weder als Antagonisten noch als spezifische Analogie der biomedizinischen Hebamme zu sehen sind. Sie sind vielmehr eine lokale Alternative zur biomedizinischen⁵⁴ Geburtshilfe allgemein.

Diese Unterscheidung verleugnet zum einen die historisch geprägte Tradition der biomedizinischen Geburtshilfe, wie sie vom Medizinhistoriker Loudon ausführlich in seinem Werk „Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950“ (Loudon 1992) beschrieben wird. Zum anderen stereotypisiert sie die, aus biomedizinischer Sicht, „alternative“ Hebammentätigkeit als „traditionell“. Auf der einen Seite steht die innovative, sich im ständigen Wandel befindende wissenschaftlich legitimierte, biomedizinische Geburtshilfe und ihr gegenüber eine vermeintlich statische, als anachronistisch angesehene traditionelle Geburtshilfe. Diese Unterscheidung mag aus einer rein biomedizinischen Perspektive Sinn machen. Sie ist aber für eine umfassende Betrachtung der Rolle lokaler traditioneller Hebammen unzureichend.

Während meiner Forschung war es für mich wichtig, den Begriff „traditionelle Hebamme“ genauer zu differenzieren. Da er vornehmlich vom medizinischen Personal, nicht aber von lokalen Hebammen bzw. von der lokalen Bevölkerung genutzt wird.

53 Vgl. u.a. Castañeda Camey et al. (1996), Braine (2008), Titaley et al. (2010)

54 „biomedizinische Hebammen“ und „biomedizinische Geburtshilfe“ sind Bezeichnungen, die von mir im Sinne einer Vereinfachung der Unterscheidung gewählt wurden.

Ein anderer Begriff, der ebenfalls vom medizinischen Personal genutzt wird, lautet „empirische Hebamme“. Der Duden beschreibt „Empirie“ als „a) Methode, die sich auf Erfahrungen stützt, um [wissenschaftliche] Erkenntnisse zu gewinnen; b) aus der Erfahrung gewonnene Kenntnisse, Erfahrungswissen; [...]“ (Duden 1996: 427). Die umgangssprachliche Bezeichnung der Hebammen als „empirisch“ bezieht sich auf die zweite Definition. Wobei hier der Unterschied zu SBA die Art und Weise des Erkenntnisgewinns akzentuiert. Gemein ist beiden Bezeichnungen – traditionell und empirisch – eine zum Zweck der Abgrenzung und Abwertung genutzte Dichotomie.

Während der Feldforschung wurde offensichtlich, dass „lokale traditionelle Hebammen“ einer sehr heterogenen Gruppe entsprechen. Einige haben ihre Kenntnisse von weiblichen Familienmitgliedern erworben. Andere beschreiben den Kenntniserwerb mittels eines übertragenen „Don“ (deutsch „Gabe“). Ein Don ist eine auf spirituellem Weg übertragene Gabe, die den toten Körper ihres Vorbesitzers verlässt und – manchmal im Zuge einer Vision – auf ein anderes Individuum übertragen wird. Wieder andere haben zunächst ihre eigenen Kinder zu Hause entbunden, bevor sie ihre Erfahrungen anderen zugänglich machten. Einige lokale Hebammen haben hingegen ihr gesamtes Wissen durch Hebammenschulungen erworben, die von lokalen, regionalen und überregionalen biomedizinischen Institutionen zur Reduktion der MMR etabliert wurden. Diesem Einfluss unterliegt der Großteil der traditionellen Hebammen. In einigen Fällen hatte ich die Möglichkeit bei Hebammenschulungen anwesend zu sein. Im Rahmen dieser Schulungen ließen sich explizit die Mechanismus beobachten, durch welche Tradition zu Folklore transformiert wird.

Zu unterscheiden ist die Dauer der Hebammentätigkeit vor Beginn der Schulungen, die teilweise sehr stark variiert. Einige traditionelle Hebammen in Coyutla waren im Gesundheitszentrum als Assistentinnen angestellt und erwarben auf diesem Weg ihr Wissen. Eine dieser Hebammen hatte, nachdem sie bereits einige Jahre Schwangerschaften und Geburten betreut hatte, sogar eine Krankenpflegeausbildung absolviert, um ihre Tätigkeit formell zu legitimieren und ihren Kenntnisstand zu erweitern.

An diesen Beispielen zeigt sich, dass das, was von Fachliteratur und Biomedizin als „traditionell“ bezeichnet wird, unterschiedliche Formen von Hebammen in einer Kategorie zusammenfasst.

Dennoch werde ich im Folgenden den Begriff „traditionelle Hebamme“ beibehalten. Eine Charakteristik zu benennen, die alle traditionellen Hebammen, mit denen ich gearbeitet habe, verbindet, erweist sich als schwierig. Laut Ramírez entspricht dies der

Ausübung ihrer Tätigkeit außerhalb medizinischer Einrichtungen. Die spanische Anthropologin bezeichnet den *„informellen Charakter der Tätigkeit“* „traditioneller Heiler“, traditionelle Hebammen eingeschlossen, außerhalb institutioneller Strukturen, als eine ihrer prinzipiellen Charakteristika (Ramírez Hita 2011: 111). Die Bezeichnung „traditionell“ ist aber in jedem Einzelfall kritisch zu betrachten.

3.9 Tradition im Wandel: Von TBA zu SBA

Die Veränderung von TBA und Fokussierung auf SBA beruht nach meinen Erkenntnissen auf unterschiedlichen Annahmen.

1. der angenommenen Universalität der Biomedizin und der damit verbundenen Abschaffung lokaler, alternativer Gesundheitssysteme (Lux 2003);
2. dass TBA per Definition nicht SBA entsprechen kann (UN 2003: 38-39);
3. die Ineffizienz traditioneller Gesundheitssysteme in Hinblick auf die Reduktion der MMR (Koblinsky et al. 1999); und
4. einer Fokussierung lokaler, meist traditioneller, Ressourcen im Zuge Interkultureller Medizin (u.a. Knipper 2007, Ramírez 2011).

Der Medizinethnologe Lux schreibt über Krankheit in der Biomedizin und den Folgen des biomedizinischen Verständnisses von Krankheit folgendes (Lux 2003: 148):

„Krankheit wurde (mit Geburt der Klinik) als ein universelles und rationales Phänomen etabliert und mit einem Fortschrittsdenken verknüpft, welches die Hoffnung auf Erfolge, Bekämpfung von Krankheit, gleichzeitig aber damit die Verpflichtung zur Bekämpfung rückschrittlicher Auffassung von Krankheit beinhaltet.“

Diese Aussage beinhaltet, dass das biomedizinische Verständnis von Krankheit in einer hegemonialen Beziehung zu anderen Verständnissen und den aus diesen resultierenden Umgangsformen mit Krankheit – aber auch Gesundheit – steht. Gleichzeitig bedeutet dies, dass Schwangerschaft und Geburt ebenfalls als rationale Phänomene, wie Krankheit selbst⁵⁵, behandelt werden.

Traditionelle Hebammen werden häufig aus biomedizinischer Sicht als anachronistisch beschrieben und in Realität und Fachliteratur *„bekämpft“* (Lux 2003). In diesem Kontext

55 Vgl. Smith Oka (2012)

ist beispielsweise die Definition von SBA und die damit verbundene strikte Trennung von der TBA durch die UN zu nennen. Die UN definiert, dass TBA, selbst wenn kurze⁵⁶ Schulungen durchgeführt wurden, nicht als SBA anerkannt werden (UN 2003: 38-39). Dieser Ausschluss macht TBA aus gesundheitspolitischer Sicht zunächst unattraktiv, da die Einbeziehung traditioneller Ressourcen nicht zur Erreichung von MDG5 bzw. zur Erhöhung des Anteils an SBA führt.

Die grundsätzlich naive Annahme, dass eine ausschließlich auf TBA beruhende Versorgung von Geburt, Schwangerschaft und Wochenbett zu keiner signifikanten Reduktion der MMR führt, ist eine prinzipielle Ursache für die Skepsis der Biomedizin gegenüber TBA. Koblinsky et al. beschreiben vier Basisversorgungsmodelle für schwangere und gebärende Frauen. Eines dieser Modelle bezieht sich ausschließlich auf, von ungeschulten oder kurzzeitig geschulten Hebammen durchgeführte, Hausgeburten ohne Zugang zu professioneller oder institutioneller Versorgung. Die Autoren beschreiben, dass dieses Modell eine Reduktion der MMR unter 1.000 nicht ermöglicht, da Komplikationen nicht behandelt werden können (Koblinsky et al. 1999: 398-402).

Zusätzlich ist die Rolle Interkultureller Medizin zu akzentuieren. Unterstützt durch eine sukzessive Politisierung traditioneller Medizin (Knipper 2007: 224), wird Interkultureller Medizin in indigenen Regionen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Auf regionaler Ebene sind häufig indigene Vereinigungen oder Wortführer selbst an der Implementation interkultureller Ansätze beteiligt, wie die Anthropologin Ramírez aus Bolivien berichtet (Ramírez Hita 2011: 106). Kulturelle Differenzen zwischen medizinischem Personal und indigener Bevölkerung werden in kausalem Zusammenhang mit dem erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe gebracht. Es wird versucht, kulturelle Differenzen mit Hilfe Interkultureller Medizin zu überwinden. Dass dies auch in der Sierra de Totonacapan der Fall ist, zeigt u.a. ein regionaler „Curso de Parteras Tradicionales con Enfoque Intercultural“⁵⁷ in Poza Rica, an dem medizinisches Personal, regionale Führungspersonen des Gesundheitssektors und über 50 traditionelle Hebammen aus unterschiedlichen Gemeindebezirken der Region teilnahmen.

Alle vier oben genannten Annahmen führen trotz ambivalenter Studienlage zu Schulungen traditioneller Hebammen. Da man die für die Reduktion der MMR als ineffektiv

56 Die Einschränkung „kurz“ bleibt unkommentiert und damit relativ.

57 Ins Deutsche übersetzt „Schulung traditioneller Hebammen mit interkulturellem Fokus“

beurteilten Alternativen des biomedizinischen Systems durch ihre scheinbare „*kulturelle Verwurzung*“ nicht „*bekämpfen*“ kann, obwohl sie offiziell und innerhalb der biomedizinischen Wertevorstellung minderwertige Alternativen darstellen, ist man gezwungen, diese durch Schulungen zu modifizieren und möglichst nah an SBA heran zu bringen. Zur Überwindung kultureller Differenzen werden Interkulturelle Ansätze verwendet.

3.10 Schulung traditioneller Hebammen

Die Studienlage zu Schulungen traditioneller Hebammen widersprechen sich in der Fachliteratur. Es gibt Studien, die die Schulung von traditionellen Hebammen befürworten (u.a. Castañeda Camey et al. 1996, Braine 2008, Jokhio et al. 2005, Titaley et al. 2010) oder aufgrund mangelnder Evidenz ablehnen (u.a. Smith et al. 2000, Roost et al. 2004). Einige Autoren beschreiben sogar schädliche Auswirkungen der Schulungen (u.a. Jenkins 2003).

In ländlichen mexikanischen Regionen, in denen traditionelle Hebammen einen Großteil der Geburten betreuen, werden diese, laut Castañeda Camey, aus sozioökonomischen Gründen, aber auch und aufgrund „*shared symbolism*“, also kultureller Faktoren, besonders häufig frequentiert. Nichtsdestotrotz sei die Versorgung durch traditionelle Hebammen „*inadäquat*“, sodass die Schulung traditioneller Hebammen, vor einer Artikulation der TBA und Primary Health Care (PHC) Programmen als „*fundamental*“ angesehen wird (Castañeda Camey et al. 1996).

Braine argumentiert, dass professionelle und formelle Schulungen traditioneller Hebammen erforderlich sind, um eine Zusammenarbeit zwischen diesen und dem medizinischen Personal zu ermöglichen. Auf diesem Weg kann Patientinnen „*das beste beider Welten*“ ermöglicht werden. Im mexikanischen San Miguel de la Allende wird dies bereits im Zuge einer insgesamt 4-jährigen Hebammenausbildung, in die traditionelles Wissen und Praktiken integriert sind, realisiert (Braine 2008).

Studien aus Pakistan benennen kaum kulturelle Faktoren und stellen die Güte der Hebammenschulungen in den Vordergrund. 2005 zeigten Jokhio et al. anhand einer randomisierten, kontrollierten Studie mit insgesamt 19.557 Frauen in Pakistan, dass Schulung und Integration in bestehende biomedizinische Strukturen die perinatale

Kindersterblichkeit reduzieren. Es wird angenommen, dass dies auch für die MMR zutrifft. Die durchgeführten Schulungen dauerten 3 Tage, wobei inhaltlich vornehmlich Wert auf gynäkologisches Wissen und Überweisungsindikationen gelegt wurde. Den traditionellen Hebammen wurde nahegelegt, ihre Patientinnen insgesamt drei Mal aufzusuchen. Eine Etablierung des Modells auch in anderen Entwicklungsländern wird von den Autoren diskutiert und empfohlen (Jokhio et al. 2005)⁵⁸.

Titaley et al. meinen anhand ihrer 2009 durchgeführten Forschung, dass die Zusammenarbeit zwischen medizinischem Personal und traditionellen Hebammen in West Java hauptsächlich dort, wo diese häufig konsultiert werden, Teil von Gesundheitsprogrammen zur Reduktion der MMR sein sollte. Umgesetzt werden könnte dies durch Hebammenschulungen und Supervision durch medizinisches Personal (Titaley et al. 2010).

Smith et al. bezweifeln anhand einer teils qualitativen, teils quantitativen Studie in Ghana, dass die Schulung traditioneller Hebammen in einer Reduktion der Mutter-Kind-Sterblichkeit resultiert. Auch wenn das Studiendesign von den Autoren selbst als teilweise mangelhaft bezeichnet wird, vermuten sie auch bei besseren Umständen keinen größeren Effekt der Schulungen zu finden. Es wird empfohlen, Ressourcen zur Verbesserung des Zugangs zu und der Qualität von medizinischen Einrichtungen zu nutzen und nicht in Hebammenschulungen zu verschwenden (Smith et al. 2000).

Während einige Autoren aufgrund der Möglichkeit lokale Kultur bewusst zu berücksichtigen Schulungen befürworten, kritisieren andere die Ignoranz solcher Schulungen gegenüber Kultur. Eine Studie aus Guatemala zeigt, dass guatemaltekeische Hebammenschulungen kritisiert werden, zu akademisch zu sein und bezüglich kultureller und linguistischer Faktoren nicht den lokalen Gegebenheiten zu entsprechen. Zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern bedarf es nicht unidirektionaler Hebammenschulungen, sondern „*bilateral culture-sensitive education programs*“⁵⁹, sowohl für traditionelle Hebammen als auch für medizinisches Personal, fordern die Autoren (Roost et al. 2004). In diesem Kontext kommt Interkultureller Medizin eine Schlüsselrolle zu. Ihr Anspruch sollte es sein, binnen dieses Kulturkontakts zwischen traditionellen Hebammen und medizinischem Personal wechselseitig zu vermitteln und im Dialog eine Verbesserung der Müttergesundheit zu erarbeiten. Nichtsdestotrotz lassen sich

58 Vgl. Miller et al. (2012a)

59 Im Deutschen „*Bilaterale, kultursensitive Ausbildungsprogramme*“

zahlreiche Beispiele in der Fachliteratur für Gesundheitsprogramme zur Verbesserung der Müttergesundheit finden, die auf eine Reglementierung und Instrumentalisierung der Hebammen abzielen.

Jenkins beschreibt wie in Costa Rica traditionelle Hebammen genutzt wurden, um die Rate von SBA in ländlichen Regionen zu steigern. Dies wurde durch gezielte Schulungen und explizite Verbote, die die Hebammentätigkeit nachhaltig veränderten, umgesetzt. Diese Modifikationen führten zu Unzufriedenheit der traditionellen Hebammen und ihrer Patientinnen, die wiederum eine „*Biomedikalisierung*“ von Schwangerschaft und Geburt verursachte. Gleichzeitig wurden auf diese Weise lokale Traditionen und die Rolle traditioneller Hebammen zerstört (Jenkins 2003).

Ich habe zeigen können, dass Hebammenschulungen sehr kontrovers diskutiert werden. Die Betrachtung der Fachliteratur erlaubt demnach keine pauschale Aussage. Zum einen, weil selten ausschließlich Hebammenschulungen durchgeführt werden, sodass man ihren Effekt nicht isoliert analysieren kann. Zum anderen unterscheiden sich die jeweiligen Kontexte stark voneinander, sodass generelle Schlussfolgerungen unmöglich sind. In meiner eigenen Arbeit werde ich an die Biomedikalisierung von Schwangerschaft und Geburt, die Folgen für die lokale Bevölkerung und die Auswirkungen auf die Hebammentätigkeit, wie ich sie während der Forschung erfahren habe und wie sie von Jenkins in Costa Rica beschrieben wurde, anknüpfen. Schlussendlich wird auch die Forderung Hebammenschulungen als bilaterale, kultursensitive Ausbildungsprogramme zu konzipieren, wie Roost et al. auf Grundlage ihrer Studie über Hebammenschulungen in Guatemala bereits 2004 reklamierten, innerhalb meiner Forschung diskutiert werden müssen.

4.Theoretischer Rahmen

Im nun folgenden Theoretischen Rahmen werde ich mich den sogenannten *sozial determinates of health* widmen, anschließend im Detail dem Kulturbegriff annähern, Probleme im Umgang mit diesem herausarbeiten und die Verwendung des Kulturbegriffs in der hier vorgelegten Forschung darlegen. Am Ende dieses Abschnitts werde ich auf die für diese Arbeit relevanten (Menschen-)Rechte und Gesetze eingehen.

4.1 Soziale Determinanten von Gesundheit

Soziale Determinanten von Gesundheit (SDH) spielen bei der Betrachtung und Entwicklung globaler, nationaler und regionaler gesundheitspolitischer Maßnahmen eine zunehmende Rolle. Sie werden als „*die Ursachen der Ursachen*“⁶⁰ bezeichnet (Marmot 2005: 1101). Die WHO-Commission on Social Determinants of Health (CSDH) definiert SDH wie folgt:

„Sozialen Determinanten von Gesundheit entsprechen den Alltagsbedingungen, in denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern.“ (WHO o. D.). Diese werden sowohl durch „unmittelbar sichtbare Umstände des Lebens“, als auch durch die ungerechte „Verteilung von Macht, Einkommen, Waren und Dienstleistungen“⁶¹ (Blas und Kurup 2010: 5) beeinflusst.

Vor allem epidemiologische Daten, die beispielsweise ergaben, dass die Kindersterblichkeit mit dem sozioökonomischen Niveau eines Haushalts, oder dass die Mortalität Erwachsener mit dem Bildungsniveau korrelieren, führten zu einem Perspektivenwechsel, der neben biologischen und klinischen Aspekten auch die sozialen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit fokussiert (Marmot 2005: 1100). Diese Daten lassen vermuten, dass eine nachhaltige Entwicklung im Gesundheitssektor nicht allein durch die Behandlung von Symptomen und Krankheiten möglich ist. Außerdem hängt das Ausmaß von Gesundheit und Krankheit einer Population nicht ausschließlich mit deren finanziellen Möglichkeiten zusammen. Es zeigt sich beispielsweise, dass Verfügbarkeit, Anerkennung und Zugang zu effektiver Empfängnisverhütung auch sozial und nicht ausschließlich strukturell determiniert ist. Beispielsweise kann in ausgesprochen patriarchalen Gesellschaften der Zugang zu Empfängnisverhütung bereits innerfamiliär erschwert werden, sodass allein die Tatsache, dass Kondome in ausreichender Anzahl und Qualität verfügbar sind nicht ausreicht, deren Akzeptanz zu steigern. Dennoch fokussieren politische Maßnahmen vornehmlich strukturelle Aspekte, um die Gesundheitssituation „*benachteiligter Menschen*“ zu verbessern. Es besteht außerdem der Trugschluss, strukturelle Probleme könnten allein ökonomisch gelöst werden. Die Gesundheitssituation „*benachteiligter Menschen*“ ist jedoch multi-

60 Im englischen Original „the causes of the causes“ (Marmot 2005: 1101)

61 Im englischen Original „namely that the structural determinants and conditions of daily life constitute the social determinants of health and that they are crucial to explaining health inequities. More specifically these include distribution of power, income, goods and services, globally and nationally, as well as the immediate, visible circumstances of peoples lives, such as their access to health care, schools and education; their conditions of work and leisure; their homes, communities, and rural or urban settings; and their chances of leading a flourishing life.“ (Blas und Kurup 2010: 5)

faktoriell determiniert, sodass die alleinige Bekämpfung von Armut nicht ausreicht diese zu verbessern (Marmot 2005: 1101). Nichtsdestotrotz sind die finanziellen Möglichkeiten eines Individuums häufig mit seinem Gesundheitsniveau und Wohlbefinden assoziiert (u.a. Newacheck et al. 2003, Shi und Stevens 2005).

Mikkonen und Raphael, zwei kanadische Autoren, erklären in ihrem Buch zu SDH in Kanada, dass die vorrangigen Faktoren, die die Gesundheit kanadischer Bürger beeinflussen die Lebensumstände, die sie erleben und nicht die medizinische Versorgung oder ihr individueller Lebensstil sind (Mikkonen und Raphael 2010: 7).

Je nach Quelle und Kontext werden unterschiedliche Themen akzentuiert, wenn über SDH gesprochen wird. Das University College London hat im Auftrag des WHO Regional Office for Europe unter dem Titel „*The Solid Facts*“ relevante Aspekte, die ursächlich mit Gesundheit und Krankheit assoziiert werden, herausgearbeitet (WHO 2003):

1. Sozialer Gradient
2. Stress
3. Frühkindliche Entwicklung
4. Soziale Ausgrenzung
5. Arbeitsbedingungen
6. Arbeitslosigkeit
7. Soziale Unterstützung
8. Sucht
9. Ernährung
10. Transport

Die CSDH hebt andere Themen im Rahmen der SDH hervor. In einigen Fällen kommt es zu Überschneidungen (CSDH o. D.):

1. Arbeitsbedingungen
2. Soziale Ausgrenzung
3. Prioritäten der öffentlichen Gesundheitsversorgung
4. Frauen- und Geschlechtergerechtigkeit
5. Frühkindliche Entwicklung

6. Globalisierung
7. Gesundheitssysteme
8. Gentrifizierung

Es zeigt sich, dass thematische Prioritäten im Rahmen der SDH, auch wenn es zu Überschneidungen kommt (z.B. „Soziale Ausgrenzung“), immer auf dem Hintergrund der jeweiligen Quelle und des zu Grunde liegenden Forschungskontextes betrachtet werden müssen.

Besondere Probleme ergeben sich bei der Analyse der SDH indigener Bevölkerungsgruppen. Allgemeine Aussagen sind nur sehr beschränkt möglich, weil indigene Gruppen weltweit unter sehr unterschiedlichen Umständen leben (CSDH 2007: 29). 2007 wurden in Australien beim International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health in Adelaide durch die CSDH einige Themen von besonderem Interesse herausgearbeitet.

Alle Beteiligten waren sich einig, dass die Kolonisierung indigener Völker die Gesundheit und Krankheit dieser Menschen noch heute determiniert. Dies bedeutet, dass die Analyse sozialer Determinanten indigener Gesundheit immer einer historischen Perspektive bedarf. Mit diesem Aspekt eng verbunden ist die systematische Enteignung von Grund und Boden. Sie steht in direktem Zusammenhang zu vielen Problemen, denen diese Menschen im Laufe ihres Lebens begegnen. Die systematische Enteignung indigener Völker ist eng an soziale und politische Unterdrückung geknüpft. Darüber hinaus unterliegt die indigene Bevölkerung oftmals einem fortlaufenden Status- und Identitätsverlust innerhalb der jeweiligen Gesellschaft. Auch die Unsicherheit des Lebensunterhaltes und ein genereller Kontrollverlust des Lebens per se finden in diesem Kontext Erwähnung. Ein weiteres Thema ist die Selbstbestimmung indigener Menschen. Einem großen Teil der indigenen Bevölkerung bleibt es vorbehalten, eigenständig auf politische Programme und beispielsweise medizinische Versorgung Einfluss zu nehmen. Darüber hinaus wird betont, dass indigene Menschen immer noch Diskriminierungen und Rassismus erfahren. Beides findet systematisch sowohl auf zwischenmenschlicher als auch auf institutioneller Ebene statt. Ein weiterer Aspekt, der ausschlaggebend für die Gesundheit der indigenen Bevölkerung ist, ist die Kultur dieser Menschen. Es ist zu wenig über Kultur, Weltbild und Werte bekannt (CSDH 2007: 29-37). Indigene Kultur spielt bei der Entwicklung und Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen und bei der medizinischen Versorgung indigener

Patient_innen selten eine entscheidende Rolle (Popay et al. 2008: 66). Diese Aspekte sind relevant, wenn es darum geht sich ein differenziertes Bild von Gerechtigkeit in Gesundheitssystemen zu machen (Blas und Kurup 2010: 5).

4.2 Der Kulturbegriff

Der Kulturbegriff wird alltäglich und oft äußerst bestimmt verwendet. Häufig wird bei der Verwendung des Kulturbegriffs vernachlässigt, dass sich der „Gegenstandsbereich“ (Knipper 2014: 53) dieses Begriffs sehr viel komplexer darstellt, als seine umgangssprachliche Verwendung vermuten lässt (Kleinman und Benson 2006). Aus diesem Grund werden an dieser Stelle folgende Fragen bearbeitet:

1. Welche Probleme entstehen durch eine nicht ausreichend differenzierte Verwendung des Kulturbegriffs?
2. Wie ist der „Gegenstandsbereich“ von Kultur definiert?
3. Wie kann der Kulturbegriff im medizinischen Kontext sinnvoll verwendet werden?

4.2.1 Welche Probleme entstehen durch eine nicht ausreichend differenzierte Verwendung des Kulturbegriffs?

Ich möchte mit der Antwort eines Arztes auf die Frage „*Worin bestehen die Hürden für eine schwangere Frau in dieses Gesundheitszentrum zu kommen?*“ beginnen. Neben anderen Argumenten erscheint ihm vor allem eine kulturelle Barriere schwangere Indigene von der institutionellen Geburt abzubringen.

„[...] aufgrund der kulturellen Verwurzelung, wo die Mutter, die Großmutter, die Tante von einer Hebamme oder der Schwiegermutter entbunden wurden, denken sie, dass sie auch von einer Hebamme entbunden werden müssen.“ (P18.1⁶²)

Ein grundsätzliches Problem der Verwendung des Kulturbegriffs ist die Stereotypisierung und darüber hinaus Diskriminierung des Fremden. Auf diese Weise kann die Verwendung des Begriffs Schaden verursachen (Kuper 2005). Zusätzlich kommt es immer wieder zu Problemen, das kulturell Fremde aus der eigenen Perspektive heraus

62 Vgl. 9.1 Identifikation der Informant_innen

zu akzeptieren. Vor allem dann, wenn es moralisch verwerflich erscheint. Mit einem solchen Problem sieht sich das medizinische Personal der Sierra de Totonacapan konfrontiert, wenn es darum geht zu akzeptieren, dass schwangere Frauen die in ihren Augen riskante Hausgeburt präferieren, anstatt in einer medizinischen Einrichtung zu gebären. Geburt wird problematisiert und in gleichem Zuge kulturalisiert.

Kulturelle Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen sind zwar offensichtlich, ohne konkrete Verknüpfungen mit einer Ethnie oder einem Herkunftsland aber nur schwer fassbar. Bei genauer Betrachtung sind Rückschlüsse zwischen Kultur und Ethnizität jedoch nicht tragbar. Dennoch werden sie sowohl im Alltag als auch im medizinischen Kontext häufig vorgenommen und „Kultur“ als schnell verfügbares Erklärungsmodell für „fremd“ erscheinendes Verhalten verwendet. Es gilt daher zu beantworten, warum Kultur häufig herangezogen wird um fremdes Verhalten zu erklären.

Jedes Individuum verfügt über ein Repertoire an Denk- und Handlungsmodellen, Wahrnehmungen und moralischen Werten (Wimmer 1996: 407-408), das es im Laufe seiner Sozialisierung erwirbt (Jenkins 1997: 166-170). Durch diesen fortlaufenden Prozess entstehen sowohl *die* kulturelle Identität des Individuums (also die Vorstellung von der Zugehörigkeit zu einer kulturell definierten sozialen Gruppe) und ein Verständnis von Normalität: Was gilt zum Beispiel als „normales“ Verhalten innerhalb der sozialen Gruppe, als „normale“ Form von Ernährung, Beziehung zwischen Geschlechtern, zwischen Alten und Jungen, oder auch als „richtiges“ Verhalten im Krankheitsfall, bei Schwangerschaft, Geburt, oder Tod. Dies ist das Repertoire des Kulturellen auf der Ebene der kollektiven Kultur einer Gruppe: Die Normen, Werte, soziale Klassifikationen und Weltanschauungen, die vom Kollektiv akzeptiert und anhand permanenter Aushandlungsprozesse zwischen den einzelnen Individuen des Kollektivs redefiniert werden (Wimmer 1996: 408-412). Allerdings ist das Individuum nicht in kollektiven Orientierungen „*verwurzelt*“ und diesen passiv ausgeliefert, wie der eingangs zitierte Informant beklagt (P18.1), sondern nimmt neue Einflüsse und Erfahrungen auf, entwickelt das kulturelle Repertoire dadurch sowohl auf der individuellen als auch, im Rahmen seiner sozialen Beziehungen, auf der Ebene des Kollektivs weiter. Es gibt demnach das kulturell Eigene auf individueller und kollektiver Ebene. Ebenso verhält es sich selbstverständlich mit dem kulturell Fremden. In der Begegnung von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Einflüssen und Orientierungen, also dem was gemein als Kulturkontakt bezeichnet wird (Baecker 2001: 11), offenbart sich eine Grenze

zwischen dem, was von beiden als „normal“ angesehen wird. In solchen Situationen offenbart sich Kultur überhaupt und kulturelle Unterschiede werden sichtbar. Denn wo Übereinstimmung herrscht, fällt das Alltägliche, das Normale kaum auf.

Die Wahrnehmung und Interpretation wird in diesem Moment allerdings nicht ausschließlich kulturell beeinflusst, sondern hängt u.a. auch von entsprechenden Erfahrungen, Vorurteilen oder der sozialen Lage des Individuums ab. Nichtsdestotrotz neigen beteiligte Akteur_innen dazu, das Fremde als kulturell verwurzelt wahrzunehmen. Die eigene Sichtweise wird hingegen als unbestrittener, normativer Standard angenommen. In einigen Fällen kommt es dazu, dass von Außenstehenden ein durch seine soziale Lage geeintes Kollektiv, beispielsweise die in Armut lebenden Menschen einer Region, als kulturell geeintes Kollektiv wahrgenommen wird. Wenn demnach eine indigene Bevölkerungsgruppe einer Region in Armut lebt, wird diese kollektive Armut sodann als der fremden Kultur konkordant interpretiert. Eine Vielzahl solcher Beobachtungen schafft eine essentialistische Vorstellung des kulturell Fremden (Strasser 2010). Dies unterstellt, dass fremde Kultur, ebenso wie jeder real existierende Gegenstand, anhand von klar zu definierenden Merkmalen und Eigenschaften objektiv betrachtet werden könnte.

Hierin zeigt sich ein genereller Trugschluss: *„Kultur kann nicht objektiv beschrieben werden“* (Knipper 2014: 54). Ganz im Gegenteil: *„Der Begriff, sobald man ihn genauer anschaut, dekonstruiert sich selbst“* (Baecker 2001: 42). Ein Gegenstand kann objektiv beschrieben werden, seine kulturelle Symbolik ist hingegen subjektiv und seine Bedeutung befindet sich, ebenso wie die Menschen, die ihn wahrnehmen, in einem permanenten Prozess. Diese Erkenntnis legt nahe, dass es keine *„kulturelle Verwurzelung“* (P18.1), die ein Individuum zu einer Handlung nötigt, geben kann. Die Wahrnehmung und Interpretation von fremdem Verhalten muss in seinem individuellen Kontext betrachtet werden. Dieser Kontext beinhaltet, neben einer möglichen kulturellen Beeinflussung auch diverse andere Faktoren. Somit kann das Verhalten eines Individuums durch seine soziale Lage, Ängste, Vorerfahrungen, seine ökonomische Situation und viele andere Faktoren beeinflusst werden. Gleiches gilt für die Wahrnehmung und Interpretation kultureller Symbole im Allgemeinen. Am Beispiel der Hausgeburt soll dieser Zusammenhang illustriert werden:

In der Sierra de Totonacapan gilt das Verhalten der indigenen Bevölkerung während Schwangerschaft und Geburt beim medizinischen Personal als kulturell *„verwurzelt“*. Die Hausgeburt wird zum kulturellen Symbol, das Eigen und Fremd voneinander unter-

scheidet. Die Hausgeburt markiert somit eine kulturelle Differenz. Eine differenzierte Betrachtung zeigt jedoch, dass Rückschlüsse von einem kulturellen Symbol auf indigener Ethnizität nicht möglich sind ohne zu stereotypisieren bzw. zu diskriminieren. Zum einen gibt es zahlreiche Frauen, die sich nicht mit einer indigenen Ethnizität identifizieren und dennoch eine Hausgeburt bevorzugen. Zum anderen suchen indigene Frauen häufig medizinische Einrichtungen auf und verzichten beispielsweise aus finanziellen Gründen auf die Hausgeburt. Darüber hinaus zeigt sich, dass sich die Hausgeburt in einem ständigen Wandel befindet. Dieser Wandel betrifft sowohl eine materielle Dimension, die die Art und Weise der Durchführung, verwendete Medikamente und Hilfsmittel, beteiligte Personen etc. beinhaltet, als auch eine abstrakte Dimension, die das Weltbild, Vorerfahrungen, Gedanken und Glauben umfasst (Alarcón M. et al. 2003: 1062).

Es verdeutlichen sich somit zwei Probleme bei der Definition eines „Gegenstandsreichs“ von Kultur: Zum einen sind kulturelle Unterschiede im Alltag präsent. Zum anderen sind sie nicht objektiv bestimmbar und die Grenzen von Kultur permanent in Bewegung. Wie ist es also möglich einen „Gegenstandsbereich“ von Kultur zu definieren?

4.2.2 Wie ist der „Gegenstandsbereich“ von Kultur definiert?

Es konnte gezeigt werden, dass neben dem hier verwendeten Kulturbegriff auch eine essentialistische Verwendung des Kulturbegriffs existiert. Beide Verwendungen sind existent. Der essentialistische Kulturbegriff beschreibt das kulturelle Kollektiv als *„geschlossene und klar abgrenzbare soziale Einheit“* (Knipper 2014: 61), das über eine gemeinsame Sprache, Traditionen, Herkunft oder physische Charakteristika verfügt. Dieses Verständnis des Kulturbegriffs legt Rückschlüsse zwischen Ethnizität und Kultur nahe und drückt sich in einer synonymen Verwendung aus. Betrachten wir die oben dargestellten Probleme mit der Verwendung des Kulturbegriffs, gründen diese auf einer essentialistischen Verwendung. Wobei das wichtigste Moment dieses Kulturbegriffs *„der Vergleich der Lebensumstände zwischen Menschen, und dies in regionaler und historischer Hinsicht“* ist (Baecker 2001: 66).

Der essentialistische Kulturbegriff ist veraltet und vermag nicht der gesellschaftlichen Dynamik gerecht zu werden. In der Politik, den Medien und auch im medizinischen Kontext wird er aber zum Zweck der *„sozialen Schließung“* (Wimmer 1996: 412)

verwendet und beeinflusst das Verständnis innerhalb einer Gesellschaft maßgeblich. Aus diesem Grund ist es an dieser Stelle wichtig ihn zu beschreiben und im Kontext bereits theoretisch beschriebener Probleme zu interpretieren.

Der deutsche Soziologe Wimmer bezeichnet die Ebene der „*sozialen Schließung*“ als die Identifikation eines Individuums mit einer kulturell definierten Gruppe und gleichzeitig, also zu diesem Zweck, die soziale Abgrenzung zwischen verschiedenen sozialen Gruppen (Wimmer 1996: 413). Tatsächlich ist die Entstehung der „*sozialen Schließung*“ auf dieser Ebene und die ethnische Identität des Individuums nicht das Produkt kultureller Divergenz oder biologischer Manifestationen, sondern das interessengesteuerte Ergebnis sozialer und politischer Prozesse (Knipper und Bilgin 2009: 24). Baumann, ebenfalls Soziologe erklärt, „*dass von der eigenen 'Normalität' überzeugt zu sein niemals ein einsames Unterfangen oder eine individuelle Leistung sein kann. Um wirklich überzeugend zu sein und jeden Verdacht zu zerstreuen, dass es sich nicht um bloße Einbildung handle, bedarf einer Überzeugung der Bestätigung durch eine Gruppe*“ (Baumann 2016: 45).

Zum Zweck der „*sozialen Schließung*“ wird vom Individuum Ethnizität von Kultur oder Biologie abgeleitet, auch wenn offensichtlich ist, dass dieser Rückschluss nicht möglich ist. Ethnizität unterliegt sozialen und politischen Prozessen, dies verdeutlicht sich anhand der Betrachtung der lokalen Realität. Es wird aber unterstellt, dass indigene Ethnizität an – politisch nutzbaren – kulturellen Symbolen festgemacht werden kann (Knipper 2007).

Da sie die Verwendung auf politischer Ebene repräsentiert, bietet sich eine Definition der „*ethnischen Gruppierung*“⁶³ des mexikanischen Soziologen Stavenhagen (1980) zur kritischen Betrachtung des essentialistischen Kulturbegriffs an. Stavenhagen war von 2001 bis 2008 der erste UN-Sonderberichterstatter zur Situation der Menschenrechte und grundlegenden Freiheiten indigener Völker. Er selbst spielt seit geraumer Zeit eine zentrale Rolle im Kontext indigener Fragestellungen (Barton Bray 2011: 502-504) und sein Werk gilt bis heute als relevanter Beitrag der Diskussion um indigene Kultur und Ethnizität, weshalb er in der Fachliteratur Verwendung findet (u.a Duarte Gomez et al. 2004, González Terreros 2009, Castañeda 2010).

Nichtsdestotrotz muss Stavenhagens Definition aus sozialwissenschaftlicher Sicht kritisch beurteilt werden. Gleichzeitig muss jedoch im Rahmen jener identitätspolitischen Repräsentation der indigenen Völker seit der Unabhängigkeit ihrer Herkunft-

63 Im spanischen Original „*grupo étnico*“

länder die Notwendigkeit eines „strategischen Essentialismus“ in Form von symbolischen Repräsentationen anerkannt werden (Spivak 1990: 108).

Stavenhagen nennt in seiner Definition verschiedene Kategorien die „*ethnische Gruppierungen*“ determinieren, vernachlässigt soziale und politische Einflüsse auf die ethnische Zugehörigkeit aber weitgehend (Stavenhagen 1980: 17).

„Eine ethnische Gruppierung wird durch eine eigene gemeinsame Sprache und einen Komplex aus Werten, Traditionen und Gewohnheiten charakterisiert, die sich innerhalb eines mehr oder weniger gefestigten und permanenten Netzwerks aus sozialen Beziehungen (familiär, ökonomisch, politisch und religiös) wiederfinden. Gelegentlich verstärkt sie [die ethnische Gruppierung] sich durch biologische oder rassische, reale oder scheinbare Merkmale, obwohl dies nicht immer der Fall ist.“⁶⁴

Durch diese Definition, die den Begriff der Ethnizität beschreibt, wird ein stereotypes, zeitlich und charakterlich stabiles Konzept, durch eine „*eigene gemeinsame Sprache*“ oder einen scheinbaren kulturellen Komplex aus „*Werten, Traditionen und Gewohnheiten*“ propagiert. Ethnizität wird von Kultur abgeleitet, es folgt eine synonyme Verwendung der Begriffe.⁶⁵ Darüber hinaus führt seine Definition zu einer Ausgrenzung der Individuen, die nicht den Stereotypen entsprechen. Ethnizität oder Kultur erlauben keine Definition durch Traditionen. Der Soziologe Baecker erklärt „diese Traditionen können gar nicht so schnell erfunden werden, wie sie verbraucht werden.“ (Baecker 2001: 25).

Zur kritischen Betrachtung von Stavenhagen's Definition dienen Beispiele ethnischer Gruppierungen, die weder eine gemeinsame Sprache noch Werte, Traditionen und Gewohnheiten teilen. Der deutsche Kulturanthropologe Gabbert beschreibt, dass in Mexiko vor allem innerhalb großer und mittlerer Sprachgruppierungen kein ethnisches Gemeinschaftsgefühl vorherrscht (Gabbert 2007: 146). Außerdem zeigt sich in der mexikanischen Geschichte, dass ein Großteil der indigenen Bevölkerung es vorzieht, seine ethnische Zugehörigkeit oder indigene Sprachkenntnis zu verbergen (Schmal

64 Im spanischen Original „*Un grupo étnico se caracteriza por tener una lengua propia y por compartir un conjunto de valores, tradiciones y costumbres que se encuentran involucrados en una red más o menos sólida y permanente de relaciones sociales (familiares, económicas, políticas y religiosas). A veces se fortalece con rasgos biológicos o raciales reales o supuestos, pero este no siempre es el caso.*“ (Stavenhagen 1980: 17).

65 Vgl. Maybury-Lewis (1997)

2004). Dieses Phänomen beruht auf der Tatsache, dass indigene Ethnizität Diskriminierung und Rassismus begegnet und somit zu sozialen Problemen führt.

Stavenhagen's Definition muss demnach im Kontext der politischen Instrumentalisierung von Ethnizität verstanden werden. Wenn man betrachtet, in welcher sozialen Lage sich ein großer Teil der indigenen Bevölkerung befindet, muss kritisiert werden, dass indigene Ethnizität und Kultur für die sozialen Probleme dieser Bevölkerung und damit der gesellschaftlichen Struktur zur Rechenschaft gezogen werden. Ein kausaler Zusammenhang besteht jedoch nur zwischen der sozialen Lage der indigenen Bevölkerung innerhalb der gesellschaftlichen Struktur und den Problemen denen sie begegnet.

„Jede Kultur ist ursprünglich kolonial“ schreibt Derrida (Derrida, 2003: 67), sodass, wenn man dem Folge leistet und die Geburtsstunde des von Stavenhagen verwendeten Kulturbegriffs inhaltlich der Kolonialzeit zuordnet, der Begriff eine Aufrechterhaltung kolonialer Strukturen favorisiert. Kolonialisierung ist ein gewaltsamer Prozess und somit impliziert die essentialistische Verwendung des Kulturbegriff, laut Baecker, eine „Bereitschaft zur Gewalt“ (Baecker 2001: 28), die sich in Kolonialisierung und der systematischen Enteignung begründet (CSDH 2007: 29-37) und bis in die Gegenwart andauert.

Trotz nachvollziehbarer Kritik sind die essentialistische Verwendung des Kulturbegriffs und das damit verbundene Verständnis von Kultur und Ethnizität in der Bevölkerung weit verbreitet. Der „Gegenstandsbereich“ von Kultur wird folglich über die „soziale Schließung“ definiert. Für die Verwendung im medizinischen Kontext ist dieses Verständnis hingegen unbrauchbar und mitunter schädlich.

Nichtsdestotrotz steht eine Definition des Kulturbegriffes nach wie vor aus. Ihn zu definieren ist im Hinblick auf ein differenziertes Verständnis der lokalen Realität unabdingbar. Darüber hinaus ist eine Definition wichtig um kulturelle Aspekte möglichst sinnvoll von anderen, beispielsweise strukturellen, ökonomischen, sozialen oder politischen Aspekten analytisch differenzieren zu können.

Aus diesem Grund soll Kultur betrachtet werden, als ob sie ein geschlossenes System von gesellschaftlichen Regeln darstelle, die auf einem Komplex aus Denk- und Handlungsmodellen, Wahrnehmungen und moralischen Werten aufbauen (Wimmer 1996: 407-408). Gleichzeitig muss Kultur betrachtet werden, als ob es sich um ein Phänomen

handeln würde, dass sich permanent verändert⁶⁶ und an äußere Umstände anpasst bzw. angepasst wird (Knipper 2014: 55, Schiffauer 1997: 149).

Wie können diese beiden, scheinbar gegensätzlichen Annahmen im medizinischen Kontext nützlich sein, ohne Kultur vollkommen zu relativieren oder mit den Problemen des essentialistischen Kulturbegriffs konfrontiert zu werden?

4.2.3 Wie kann der Kulturbegriff im medizinischen Kontext sinnvoll verwendet werden?

Einige Beispiele aus der Fachliteratur zeigen, dass im medizinischen Kontext fremde Kultur häufig und teilweise undifferenziert als Erklärung für spezifische Handlungsweisen herangezogen wird (u.a. Yildirim Fahlbusch 2003). Das heißt: die Dimensionen eines Kulturkontakts werden problematisiert (Baecker 2001: 14-15) oder ein Problem wird folglich kulturalisiert (Verwey 2003). Zur Erläuterung an einem empirischen Beispiel meiner eigenen Forschung soll erneut die Hausgeburt dienen. Wie bereits erwähnt, bezeichnet das medizinische Personal die von traditionellen Hebammen betreute Hausgeburt als in *der* indigenen Kultur verwurzelt. Die Hausgeburt wird zum kulturellen Symbol deklariert. Sie wird als unsicher angesehen und stellt daher ein Problem da. Im Gespräch mit einer Hebamme aus Coyutla erklärt diese von welchen Personen sie aufgesucht wird:

„Die Mehrheit sind Indigene. Sie tragen die typische Tracht. Aber das ist so, weil die Menschen mit Geld hier zum Arzt und nicht zur Hebamme gehen. Ich werde dir mal etwas verraten: Der größte Teil der Bevölkerung geht zur Hebamme, weil sie hier rund um die Uhr vor Ort ist! Das ist alles.“ (P3)

Das Problem Hausgeburt wird somit vom medizinischen Personal blickdiagnostisch, beispielsweise aufgrund der „*typischen Tracht*“, kulturalisiert. Auch die zitierte Hebamme leitet indigene Ethnizität von der „*traditionellen Tracht*“ ab. Anhand dieses Beispiels zeigt sich aber, dass u.a. ökonomische und strukturelle Aspekte eher herangezogen werden müssen, um die Handlung der lokalen Bevölkerung zu erklären, als eine vorschnelle Argumentation auf Basis angenommener indigener Kultur.

66 Kultur muss auch im Rahmen täglicher Routine betrachtet werden (Dietz 1999: 89-90). Gleichzeitig finden Autotransformationen des Kollektivs während sozialer Stabilität und kultureller Kontinuität statt (Rojas Conejo 2007: 42).

Es ist also Zurückhaltung und Behutsamkeit bei der Verwendung des Kulturbegriffs geboten. Auch wenn es augenscheinlich den Eindruck erweckt, Kultur könnte eine Handlung maßgeblich beeinflussen, entspricht diese Annahme einer erkenntnistheoretischen Naivität.

Kultur ist keine Antwort im Sinne eines Erklärungsmodells, sondern eine Frage, die zu einer empirischen Überprüfung Anlass geben sollte und weitere Überlegungen fordert (Knipper 2014: 56). Das Ziel dieser Herangehensweise ist ein besseres Verständnis der realen Lebensumstände, Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster des Individuums.

Zu Anfang dieses Abschnitts wurde argumentiert, dass Kultur sich immer dann präsentiert, wenn das kulturell Eigene auf das kulturell Fremde stößt. In diesem Moment wird das Fremde aus der Perspektive der eigenen Wahrnehmung betrachtet. Dies bedeutet, dass die Wahrnehmung, Interpretation und Beschreibung einer fremden Kultur in jedem Fall auf der eigenen Kultur aufbaut. Bateson argumentiert logisch, dass demnach auch die eigene Kultur, durch deren Genese und Bewusstsein im Rahmen von Kulturkontakten, im Fremden seinen Ursprung hat. Dieses Phänomen nennt er Schismogenese (Bateson 1994: 99-113). Daraus folgt: *„Kulturell identifizierte Grenzen und Kategorien sind nicht naturgegeben, sondern das stets zeit- und situationsgebundene (Zwischen-)Ergebnis sozialer Beziehungen“* (Knipper 2014: 57).

Diese Aussage impliziert zur sinnvollen Verwendung des Kulturbegriffs zwei Schlussfolgerungen. Zum einen die Reflektion der eigenen Kultur im Sinne von eigenen Denk- und Handlungsmodellen, Wahrnehmungen und moralischen Werten (Wimmer 1996: 407-408), bei der Betrachtung fremder Kultur. Zum anderen bedeutet dies die differenzierte Betrachtung stereotypisierender Kategorien wie u.a. Sprache, Dialekte, Hautfarbe, Namen oder Verhalten. Die Verwendung und die damit verbundene Wertung dieser Kategorien ist im jeweiligen sozialen und historischen Kontext zu betrachten und in keinem Fall statisch. Dass also ein Fremder mit einem „mexikanischen“, „indigenen“ oder „europäischen Kulturkreis“ assoziiert wird, hängt von den individuellen Erfahrungen und den in der Gesellschaft in diesem Moment favorisierten Kategorien ab (Dietz 1999: 82-83, Knipper 2014: 57).

Soll das bisher Formulierte für eine Definition des Kulturbegriffs genutzt werden (Wimmer 1996: 413):

„[...] so wäre Kultur als ein offener und instabiler Prozess des Aushandelns

von Bedeutungen zu definieren, der kognitiv kompetente Akteure in unterschiedlichen Interessenlagen zueinander in Beziehung setzt und bei einer Kompromissbildung zur sozialen Abschließung und entsprechenden kulturellen Grenzmarkierungen führt.“

Diese Beschreibung distanziert sich deutlich von einem essentialistischen Kulturbegriff und bevorzugt einen Kulturbegriff der seinen „Gegenstandsbereich“ als „vergleichsweise geschlossenes System“ und gleichzeitig als sich permanent verändernd (Knipper 2014: 55), im Sinne einer sachlichen Unbestimmtheit, definiert (Baecker 2001: 14).

4.3 Menschenrecht auf Gesundheit

Gesundheitspolitik und -projekte sind den Menschenrechten verpflichtet⁶⁷. Dies bedeutet „das Recht auf den höchsten erreichbaren Standard medizinischer Versorgung ist nicht optional“ (Hunt und Backman 2008: 90). Auf diese Weise werden aus Patient_innen „Träger und Trägerinnen rechtlicher Ansprüche“ und aus Staaten „Pflichtenträger“ (BMZ 2009: 5), die „verpflichtet sind Bedingungen zu erzeugen in denen jeder so gesund wie möglich sein kann“ (UN 1966: Art. 12). Im Detail kann eine Achtungspflicht, Schutzpflicht und Gewährleistungspflicht unterschieden werden (Frewer 2016: 68-82)

Um das Recht auf Gesundheit zu definieren ist es nötig, Gesundheit selbst zu definieren. Gesundheit ist ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“⁶⁸. Diese Definition entstammt der Internationalen Gesundheitskonferenz von 1946 in New York und wurde seit 1948 nicht modifiziert (WHO 2006: 1).

Die UN erklärt das Recht auf Gesundheit als „das Recht jedes Menschen den höchsten erreichbaren Standard physischer und mentaler Gesundheit zu genießen“ (CESCR November/2000: Art. 2). Die Realisierung dieses Rechts ist von zentraler Bedeutung, da es zum einen die Voraussetzung für die Erfüllung anderer Rechte darstellt. Zum anderen hängt seine Umsetzung auch von der Realisierung anderer Rechte ab, beispielsweise vom „Recht auf Nahrung, Wohnraum, Arbeit, Bildung [...]“ (CESCR

67 Vgl. Frewer und Bielefeldt (2016)

68 Im englischen Original „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO 2006: 1)

November/2000: Art. 3). Diese Rechte sind dem UN-Sozialpakt⁶⁹ (UN 1966) und dem UN-Zivilpakt⁷⁰ von 1966 (UN 1966a) zu entnehmen.

Die UN erklärt, dass das Recht auf Gesundheit nicht als das „*Recht gesund zu sein*“ verstanden werden darf. Das Recht auf Gesundheit beinhaltet u.a. die sexuelle und reproduktive Freiheit⁷¹ und die Selbstbestimmung gegenüber medizinischer Therapie. Gleichzeitig beinhaltet das Recht auf Gesundheit den Anspruch auf ein Gesundheitssystem, dass das Recht auf Gesundheit realisiert (CESCR 2000: Art. 8).

„Ein Menschenrechtsansatz im Gesundheitssektor erfordert die Ausrichtung von Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemen auf das Ziel, den Zugang der gesamten Bevölkerung, das heißt insbesondere extrem armer und benachteiligter Bevölkerungsgruppen, zu Gesundheitsdiensten und Gesundheitsinformationen zu verbessern und gesunde Lebensbedingungen zu ermöglichen.“ (BMZ 2009: 11).

Das „UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights“ (CESCR) sieht das Recht auf Gesundheit realisiert, wenn folgenden Kriterien (AAAQ-Kriterien) Rechnung getragen wird (CESCR 2000):

1. Verfügbarkeit (Availability): Medizinische Einrichtungen (Gesundheitszentren, Krankenhäuser, etc.), Ressourcen (Personal, Medikamente, Materialien, etc.), medizinische Versorgung und Gesundheitsprogramme sollten in ausreichender Quantität verfügbar sein.
2. Zugänglichkeit (Accessibility): Medizinische Einrichtungen, Ressourcen, medizinische Versorgung und Informationen müssen ohne Diskriminierung (finanziell, physisch, etc.) zugänglich sein⁷².
3. Annehmbarkeit (Acceptability): Medizinische Einrichtungen, Ressourcen und medizinische Versorgung müssen die medizinische Ethik und die Kultur von Individuen, Minderheiten, Völkern und Gemeinschaften respektieren.

69 Im englischen Original: „*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*“ (UN 1966)

70 Im englischen Original: „*International Covenant on Civil and Political Rights*“ (UN 1966a)

71 „*Reproduktive Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens bezüglich aller Belange des reproduktiven Systems, dessen Funktionen und Prozesse. Es impliziert, dass Menschen das Vermögen sich fortzupflanzen und die Freiheit zu entscheiden ob, wann und wie oft sie dies tun möchten, haben.*“ (UN 1994)

72 „*Oft handelt es sich um mehrfache und miteinander verknüpfte Benachteiligungen beziehungsweise mehrdimensionale Diskriminierungen*“ (BMZ 2009: 10).

4. Qualität (Quality): Medizinische Einrichtungen, Ressourcen und medizinische Versorgung müssen wissenschaftlichen und medizinischen Standards entsprechen und von guter Qualität sein

Um die Realisierung des Rechts auf Gesundheit zu evaluieren, müssen die AAAQ-Kriterien herangezogen werden, um Menschenrechtsverstöße von Gesundheitspolitik und -projekten zu erkennen und diesen entgegenwirken zu können.

Anhand der AAAQ-Kriterien zeigt sich, dass die Kultur von Individuen, Minderheiten, Völkern und Gemeinschaften für die Realisierung des Rechts auf Gesundheit fundamental ist. Im allgemeinen Kommentar zum Menschenrecht auf Gesundheit des VCESCR von 2000 UN verdeutlicht sich dies u.a. im Absatz 27 über „Indigenous peoples“. Dort heißt es (CESCR 2000: Abs. 27):

„Indigene Völker haben das Recht auf spezifische Maßnahmen zur Verbesserung ihres Zugangs zu Gesundheitsdiensten und -versorgung. Gesundheitsdienste sollten kulturell angemessen sein und traditionelle präventive Versorgung, Therapieformen und Medizin berücksichtigen.“⁷³

Es kann an dieser Stelle gesagt werden, dass die Pflicht der Staaten ihre Gesundheitssysteme fortlaufend zu optimieren, nicht von indigener Kultur losgelöst betrachtet werden kann. Angesichts der wechselseitigen Verknüpfung zwischen dem Recht auf Gesundheit und dem Recht auf Kultur ist die größte „Herausforderung für medizinisches Personal und Entscheidungsträger der Gesundheitssysteme zu erkennen, dass Gesundheit sowohl mit Rechten als auch mit Bedürfnissen verbunden ist“⁷⁴ (Cunningham 2010: 340).

Nichtsdestotrotz scheint es in medizinischen Einrichtungen, in denen indigene Patient_innen auf medizinisches Personal treffen, häufig als ob innerhalb der Beziehung dieser das Personal dem/der indigenen Patient_innen einen Gefallen tut, wenn es beispielsweise eine_n Dolmetscher_in hinzuzieht. Es muss aber entgegen dieses Trugschlusses betont werden, dass diese Handlung auf einer obligaten rechtli-

73 Vgl. weiterhin die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948); der UN-Zivil-Pakt (1966); der UN-Sozialpakt (1966); das Übereinkommen über eingeborene und in Stämmen lebende Völker in unabhängigen Ländern der ILO (1989); die Allgemeine Erklärung zur kulturellen Vielfalt der UNESCO (2001); und die Konvention zum Schutz der kulturellen Vielfalt der UNESCO (2005).

74 Im englischen Original „*The challenge for medical professionals and decision makers in health systems is to recognise that health is linked to rights as well as needs*“ (Cunningham 2010: 340)

chen Grundlage beruht, die dem/der indigenen Patient_in das Recht seine/ihre indigene Muttersprache in diesem Rahmen zu gebrauchen zu spricht (Martínez Martínez 2007: 127). Gleiches trifft demzufolge auch für spezielle Gesundheitsprogramme mit Fokus auf die indigene Bevölkerung eines Landes oder Region zu. Es darf demnach nicht primär von einer Gefälligkeit im Sinne der nationalen Folklore, sondern muss von einer menschenrechtlich legitimierten Handlung bzw. bei Unterlassung von einem Menschenrechtsverstoß ausgegangen werden.

5. Feldbeschreibung

In Abhängigkeit der Definition des Feldes erstreckt sich das Ausmaß der Beschreibung dessen, was als solches bezeichnet wird. Als Feld wird, neben dem regional, geografisch determinierten Raum, auch all das verstanden, was diesen im größeren Zusammenhang⁷⁵ beeinflusst.

Gleichzeitig bedeutet dies, dass Aspekte und Prozesse auf unterschiedlichen Ebenen für das Verständnis des Feldes entscheidend sind. Auf nationaler Ebene beinhaltet die Feldbeschreibung in Hinblick auf meine Forschung eine kurze Betrachtung der mexikanischen Geschichte, das Gesundheitsversicherungsprogramm *seguro popular de salud* (SPS) und das Conditional-Cash-Transfer Programm (CCTP) *oportunidades*. Die Regionale Ebene wird bestimmt durch eine geografische und historische Perspektive auf die Sierra de Totonacapan, die sich zum Verständnis der Armutssituation vornehmlich auf die Nutzung des Bodens konzentriert. Abschließend werde ich mich, bei der Betrachtung der lokalen Ebene, den drei im Fokus stehenden Gemeindebezirken widmen. In diesem Abschnitt wird besonders die medizinische Versorgung von Bedeutung sein.

5.1 Eine historische Perspektive auf ethnische Identität

Wenn in einer solchen Arbeit, die die Gesundheit von Müttern aus einer gegenwartsbezogenen Perspektive betrachtet, der historische Diskurs einer Nation skizziert wird, erscheint dies zunächst unverhältnismäßig. Nicht zuletzt, da die von der Geschichtsschreibung besonders hervorgehobenen Perioden, des präkolonialen Aztekenreichs;

75 Das „Feld“ schließt somit, „sowohl die Beziehungen, Verpflichtungen, Eigenarten und Interessen des Feldforschers gegenüber seiner Arbeit und der betroffenen Gesellschaft ein, als auch die Erwartungen, die diese an ihn stellen, die Auffassungen, die die Menschen von ihm entwickeln und die Erfahrungen, die sie vorher mit aus ihrer Sicht vergleichbaren Gästen und anderen Fremden gesammelt haben.“ (Knipper 2003: 81-82).

der Kolonialzeit, die 1821 offiziell durch die Unabhängigkeitserklärung beendet wurde und die Revolution im frühen 20. Jahrhundert, insgesamt über 450 Jahre mexikanische Geschichte umfassen. Dennoch ist die Betrachtung gerade dieser historischen Ereignisse für das heutige Mexiko nach wie vor bedeutsam und für das Verständnis der lokalen Realität unentbehrlich⁷⁶. Sie bietet die Möglichkeit die mexikanische Identität⁷⁷ – oder *Mexicanidad*, beziehungsweise die anhaltende Verwirrung um eine mexikanische Identität, zu verstehen. Gleichzeitig eröffnet eine historisch orientierte Perspektive den Blick auf ethnische und soziale Kategorisierungen und wie diese sich immer wieder während historischer Perioden wandeln.

Das präkoloniale Aztekenreich und sein Untergang markieren den Beginn der Suche nach einer mexikanischen Identität. Gemeinhin wird diese historische Periode als die „*unverfremdete Mexicalidad*“ bezeichnet. Diese *rein* mexikanische Epoche geht weit über seine heute akzentuierten, meist im Zeichen des Tourismus stehenden, populistischen Dimensionen hinaus und repräsentiert für die Nation „*Einheit, Zusammenhalt und Macht*“ (Mols 1981: 24). Nie wieder finden wir in der vergleichsweise kurzen mexikanischen Geschichte die Unabhängigkeit von anderen Staaten oder eine historische Kontinuität, wie man sie zu dieser Zeit annimmt.

Aus kulturwissenschaftlicher Sicht markiert der Untergang des Aztekenreichs nicht nur den Übergang von der Vormoderne zur Moderne, sondern mit diesem auch die Geburtsstunde des Kulturbegriffs, als Produkt dieses Kulturkontakts (Baecker 2001: 11-18). Ein aus diesem Grund von je her patriarchaler und gewalttätiger Kulturbegriff, denn in welcher Sprache hätten jene Menschen der Besitznahme ihrer Ländereien widersprechen sollen (Waldenfels 2013: 9)? „*Die Herrschaft beginnt*“, laut Derrida „*wie man weiß, mit der Macht zu benennen, seine Benennungen aufzuerlegen und zu rechtfertigen*“. Somit ist jeder Ursprung von Kultur kolonialer Natur (Derrida 2003: 67).

Nach dem Untergang des Aztekenreichs, der mit der Ankunft der Spanier unter Hernán Cortés im 16. Jahrhundert begann und mit der Hinrichtung des Aztekenherrschers Moctezuma Xocoyotzín und dem Untergang Tenochtitláns – dem heutigen Mexiko Stadt – endete, beginnt in Mexiko das, was der deutsche Historiker Manfred Mols als lateinamerikanische „*Schizophrenie*“⁷⁸ bezeichnet. Für Mols ist das Phänomen Produkt des europäisch-nordamerikanischen Einflusses in der Region, der sich weit über eine

76 Vgl. Degen (2008: 51 ff).

77 Vgl. Jullien (2017)

78 Im Vergleich hierzu ist der Begriff der „Schizmogense“ von Bateson von Bedeutung (Bateson 1994: 99 -113)

wirtschaftliche oder politische Ebene erhebt, und des subtilen Überdauerns „*vormoderner Verhaltensmuster*“ (Mols 1981: 21). Gleichzeitig beginnen, aus heutiger Sicht, mit diesem historischen Wandel weg von der „*unverfremdeten Mexicalidad*“ der Azteken hin zur Fremdbestimmung, die nicht enden wollenden Spannungen zwischen verschiedenen Ethnien und sozialen Klassen. Wobei die Kolonialzeit, mehr noch als von ethnischen Konflikten, durch die Präsenz einer kleinen privilegierten Elite und einer großen ausgebeuteten Masse, geprägt war. Dieser Unterschied ist ein gewalttätig instituiertes und alle Begriffe, um eine Kultur, eigen oder fremd, innerhalb dieses Spannungsfelds zu beschreiben, gründen in dieser kolonialen Gewalt (Baecker 2001: 28). Dieses koloniale Kastensystem machte jegliche „*soziale Mobilität*“ unmöglich. Die Gesellschaft war durch einen Rassismus geprägt, der auf biologischen Kategorien aufbaute. Widersprüchlich ist jedoch, dass der Wechsel von der „*unverfremdeten Mexicalidad*“ hin zur auf Blutsverwandtschaft beruhender Hierarchie aller Wahrscheinlichkeit nach keine merkliche Veränderung für den größten Teil der Azteken darstellte (Degen 2008: 45-46). Vergleicht man die Zeit vor und nach dem Wandel fällt auf, dass es für die damalige Gesellschaft durch ihn zu keinem großen Umbruch gekommen war. Der aztekische Herrschaftsverband hatte, aufgrund schlechter infrastruktureller Verbindungen ins Umland, kaum Einfluss auf die damaligen Minderheiten genommen und auch die Spanier tolerierten einen sozioökonomischen und kulturellen Regionalismus der „*indios*“ (Mols 1981: 22-31).

Ohne an dieser Stelle weiter ins Detail zu gehen, wird die Kolonialzeit heute noch als eine der größten Wunden der mexikanischen Geschichte angesehen. Es waren die spanischen Eroberer, die die „*unverfremdete Mexicalidad*“ zerstörten und nach ihrem Abzug ein Land zurückließen, das der modernen Welt völlig nackt gegenüberstehen musste. So wird heute noch in der Kolonialzeit die Verantwortung für Gegenwartsprobleme gesucht⁷⁹.

Am 15. September 1810 beginnt mit dem Ausruf der Unabhängigkeit durch Padre Hidalgo erneut das historische Eigene. Jedes Jahr wird an einem nationalen Feiertag (16. September) nicht nur die Unabhängigkeit mit dem „Grito de Dolores“⁸⁰ gefeiert, sondern auch ein historisch-politisches Symbol der *Mexicalidad* kollektiv zelebriert. Offiziell wurde die Unabhängigkeit des *Imperio Mexicano* erst am 14. August 1821 vom

79 Vgl. Paz (1998)

80 „An diesem Tag ließ Hidalgo in seinem Dorf Dolores die Kirchenglocken läuten und erklärte in einer Rede, dem „Grito de Dolores“, den versammelten Bauern, dass die Zeit gekommen sei, sich gegen die schlechte Regierung in Mexiko Stadt aufzulehnen“ (Degen 2008: 58)

spanischen Vizekönig Juan O'Donojú anerkannt (Mols 1981: 47-49).

Paradoxerweise läutete die Unabhängigkeit eine Periode nationaler Zerrissenheit ein. Der europäisch-nordamerikanische Imperialismus, unzählige Regierungswechsel und ein blutiger Bürgerkrieg brachten die Nation an den „*Rand der Identitätsaufgabe*“. Einzig die vorrevolutionäre Reform von 1856/57, die heute unter der Bezeichnung „*la reforma*“ die Mexikaner mit Stolz erfüllt, scheint als Symbol einer gemeinsamen Nation Verwendung zu finden (Mols 1981: 49-51).

Auch in Hinblick auf den Ethnizitätsbegriff ist die Betrachtung der Zeit nach der Unabhängigkeit fruchtbar. Der aus dem mexikanischen Bundesstaat Oaxaca stammende Zapoteker Benito Juárez verteidigte als erster indigener Präsident des Landes die Präsidentschaft, durch die Hinrichtung des habsburgischen Erzherzogs Maximilian. Er vereinte somit das mexikanische Volk über zu diesem Zeitpunkt suggerierte ethnische Grenzen hinaus (Hamnett und Martínez Gimeno 2001: 99-101). Man sprach von einer „*nationalen Emanzipation*“, in Hinblick auf eine bereits vor der Kolonialzeit bestehenden mexikanischen Nation. In der Unabhängigkeit glaubte man diese Einheit wiedergefunden zu haben und identifizierte sich neu mit dem längst vergangenen Aztekenreich (Degen 2008: 54). Streng genommen haben wir es jedoch abermals mit einer politischen Instrumentalisierung der Begriffe Ethnizität und Kultur zu tun.

Gleichzeitig brachte diese nationale Einheit⁸¹ einen historischen Wandel in der Ethnizitätsfrage. Seit Anbeginn der Unabhängigkeitsbewegung wurden offiziell alle Unterschiede abgeschafft. Von nun an sollte es keine Indianer, Spanier, Kreolen⁸² oder Schwarze mehr geben, all dies war Vergangenheit und musste einer einzigen nationalen Kultur⁸³ weichen, die des Mexikaners, der sich als Spanisch sprechender Mestize⁸⁴ eine neue Identität geschaffen hatte (INALI 2008: 26-27).

1810 wurden erste Dekrete zur Abschaffung von ethnisch definierten Kasten verfasst. Zwischen 1811 und 1820 wurden Gesetze erlassen und es kam zu Verfassungsänderungen, die eine rechtliche Gleichstellung von Spaniern, Indios und Mestizen festlegte.

81 Im spanischen Original „*unidad nacional*“. In der deutschen Literatur wird, anders als in der spanischen bzw. mexikanischen, nicht von „*unidad nacional*“, sondern von „*nation building*“ gesprochen. Vgl. Mols (1981) und Degen (2008)

82 Als Kreolen, im Spanischen „*crillos*“, werden „*Nachkommen weißer romanischer* [zumeist spanischer] *Einwanderer (in Süd- und Mittelamerika)*“ verstanden (Wermke und Drosdowski 1996). Die Kreolen machten in Mexiko den größten Teil der Mittelschicht aus.

83 Im spanischen Original „*cultura nacional única*“

84 Die Bezeichnung Mestize, im spanischen „*mestizo*“, bezeichnet einen „*Mischling mit einem weißen und einem indianischen Elternteil*“ (Wermke und Drosdowski 1996)

1821 wurde im *Plan de Iguala* die Gleichberechtigung aller mexikanischen Staatsbürger deklariert und im Folgejahr wurden diese Bestimmungen durch ein Verbot von „auf ethnischen Kriterien beruhenden Bevölkerungsbezeichnungen in offiziellen Texten und Dokumenten“ verstärkt (Heimann 2002: 106-107). Gleichzeitig fand eine Abgrenzung von der kolonialen Herrschaft durch die Übernahme präkolonialer Symbole statt (z.B. die Reinterpretation des Gründungsmythos⁸⁵ im Wappen der mexikanischen Nationalflagge), die in der Folge der Unabhängigkeit zum Zeichen nationaler Einheit wurden. Diese Rückbesinnung ist heute eher als die Übernahme von Identität stiftenden Inhalten und weniger als tatsächliche Anerkennung der indigenen Wurzeln der Nation zu verstehen (Degen 2008: 62).

Während in den 1820er Jahren, also den Gründerjahren der nationalen Einheit, eher eine positive Einstellung gegenüber der indigenen Bevölkerung überwog, wechselte diese in den 1830er Jahren zu einer eher pessimistischen Grundstimmung, die die indigene Bevölkerung als soziales Problem der Nation einstufte (Heimann 2002: 105-106). Schnell wurde deutlich, dass die gesetzliche Gleichstellung und die Leugnung jeglicher Unterschiede zur systematischen Enteignung der indigenen Bevölkerung genutzt wurde. Gemeinhin kann diese Periode als ein weiterer Knotenpunkt der gezielten Diskriminierung, des gesellschaftlichen Ausschlusses und somit fortwährenden Kolonialismus bezeichnet werden. Ausgelöst durch eine in den multikulturellen Kontext der Nation implementierte Homogenität, wurden aus den gesellschaftlichen Klassen auf sozialem Status beruhende Ethnien (INALI 2008: 26-27).

Die letzte Periode scheinbarer mexikanischer Einheit, auf die heute regelmäßig mit Stolz zurück geschaut wird, ist die mexikanische Revolution zu Beginn des 20. Jahrhunderts⁸⁶. Als Ursache dieser werden allgemein zwei Faktoren angesehen. Zum einen spielten die autoritäre Herrschaft des Generals Porfirio Díaz (1876-1911) und zum anderen die Entwicklungen des Agrarsektors eine entscheidende Rollen. Das Regime beschränkte sich auf eine kleine hegemoniale Elite, die politische Ämter monopolisierte und einem Großteil der Mittelschicht die Möglichkeit zum sozialen Aufstieg verwehrte (Tobler 2004: 67). Gleichzeitig bewirkte die Modernisierung der Nation durch eine Stär-

85 Das Wappen, ein Adler auf einem Kaktus, der mexikanischen Nationalflagge entstammt einem aztekischen Gründungsmythos. Der Mythos besagt, dass als „die Mexikaner nach ihrer Niederlage gegen die Leute von Colhuacan...auf Geheiß ihres Gottes Huitzilopochtli hier herkamen, fanden sie inmitten des Sees eine Insel und auf ihr einen Felsen und auf diesem einen großen Kaktus, darunter einen Ameisenhaufen und oben auf dem Kaktus einen Adler, der eine Schlange verzehrte; und so geschah es, dass sie von diesem Kaktus und dem Adler den Namen ableiteten, mit dem sie sich und die Stadt bezeichnen...“ (Degen 2008: 61).

86 Vgl. Tobler (1984)

kung des Zentralstaates eine Gefährdung regionaler Machtbereiche, wie sie seit Ende der Kolonialzeit nicht befürchtet werden mussten (Tobler 1984: 23). Folge dieser Modernisierung waren die Kommerzialisierung und Mechanisierung des Agrarsektors. Während Großgrundbesitzer ihre Macht weiter ausbauten, verloren viele Kleinbauern Grund und Boden. Die Reformziele zur Umstrukturierung des Agrarsektors waren demnach besonders prägend für die mexikanische Revolution. (Tobler 2004: 67-68). Diese vorrevolutionären Aspekte wurden 1908 vom mexikanischen Soziologen Molina Enríquez in seinem Buch „Los grandes problemas de la nación⁸⁷“ aufgegriffen. Auf der einen Seite betont er, dass nur die Verteilung von Grund und Boden, also eine Abschaffung des Großgrundbesitzes, zu sozialer Entwicklung führen würden, auf der anderen Seite spielten ethnische Kategorien erneut eine bedeutende Rolle. In seinem Buch erklärt Molina Enríquez, dass nicht dem weißen Mann - und schon gar nicht der indigenen Bevölkerung, sondern dem Mestize die mexikanische Zukunft gehört und bezeichnet damit einen erneuten Wandel in der *Mexicanidad* (Mols 1981: 67).

Dies erklärt auch warum die „*Gesamtrevolution*“ häufig als eine Agrarrevolution betrachtet wird. Diese Ansicht ist jedoch aus verschiedenen Gründen nicht tragbar. Die mexikanische Revolution war genauer betrachtet ein Konglomerat von Einzelrevolutionen, Bürgerkriegen und Cliques-Kämpfen ohne große Verbindung zwischen den Einzelereignissen. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass es ein „*Programm der Revolution*“ nie gegeben hat. Molina Enríquez's Buch fand somit nicht aufgrund politischer oder ideologischer Originalität Anklang, sondern vielmehr aufgrund seines Erscheinungsdatums (Mols 1981: 70).

Die Interpretation der Revolution als ausschließliche Agrarrevolution macht wenig Sinn. Vor allem die „*Revolution des Südens*“, geführt von Emiliano Zapata und seiner mehrheitlich indigenen Guerrilla-Armee aus Bauern der Unterschicht, geben der mexikanischen Revolution eine soziale Komponente, die sich später auch in der Verfassung von Queretaro 1917 widerspiegelte (Mols 1981: 73-75).

Trotzdem zeigt eine Betrachtung der Zusammenstellung der Abgeordneten der Verfassungsversammlung – die einen Höhepunkt der Hauptphase der Revolution ausmacht – eindeutig, wer die neue Elite werden würde. Während nur 12% der Abgeordneten der sozialen Unterschicht angehörten, machte mit 85% die Mittelschicht den Großteil der Versammlung aus. Somit war klar, dass das anfängliche Ziel einen sozi-

87 Ins Deutsche übersetzt lautete der Titel seines Buches „Die großen Probleme der Nation“

alen Wandel der Nation durch Aufteilung von Land und Boden, mit dem Vorsatz eine selbstständige Bauernschicht zu bilden, aus dem Fokus gerückt wurde (Tobler 1984: 310-317).

Diese historische Perspektive, die merklich keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat, zeigt deutlich, wie ethnische und soziale Kategorien ineinander verschwimmen und stark von historischen Ereignissen abhängen. In den Azteken und ihrer oft betonten, hoch entwickelten Kultur wird noch die „*unverfälschte Mexicanidad*“ gesehen. Auch wenn diese der indigenen Bevölkerung sicherlich viel näher sind, spielen die Kategorisierungen „indio“ oder „indigena“ im Rückblick auf die präkoloniale Zeit keine Rolle. Erst durch die Fremdbestimmung der spanischen Krone kommen erste politisch nutzbare ethnische Kategorien auf. Es wird von einer mutwilligen Zerstörung des kulturellen Erbes gesprochen und einer Klassengesellschaft, die auf ethnischer Zugehörigkeit beruht.

Nach der Unabhängigkeitserklärung finden wir eine Nation wieder, die jegliche ethnische Vielfalt leugnet und eine gesetzliche Gleichstellung normiert, die, aus politischen und wirtschaftlichen Blickwinkeln betrachtet, eher einer geplanten Assimilation gleichkommt. Gleichzeitig ist die Unabhängigkeit Ursache einer Rückbesinnung auf das präkoloniale Erbe der Nation. Dennoch war gerade die Zeit der Unabhängigkeit Geburtsstätte überdauernder ethnischer Konflikte und Ursprung des „*problema indigena*“. Man kann sagen: „*Bis heute hat sich eine Unterscheidung zwischen offizieller positiver Bewertung indigener ruhmreicher Vergangenheit und dem Indio der Gegenwart erhalten.*“ (Degen 2008: 63).

Die mexikanische Revolution ist zu einer Bemühung, eine eigene mexikanische Identität zu finden „*hochstilisiert*“ worden (Mols 1981: 23). Während zu Beginn der Revolution noch von einer ethnischen Kategorie – dem Mestize – als tragendes Leitmotiv des Revolutionsprogrammes gesprochen wurde, transformiert sich diese ethnische Kategorie in einen Machtkampf zwischen zwei sozialen Klassen, aus dem die Mittelschicht zwangsläufig, unabhängig von ihrer ethnischen Zusammenstellung, als neue privilegierte Elite hervorgegangen war. Der mexikanische Politiker (Erziehungsminister) und Philosoph José Vasconcelos erklärt in seinem 1925 erschienenen Buch „*La raza cósmica*“⁸⁸, dass die mexikanische Identität aus dem „*kulturellen und historischen Erbe*

88 Unter der „*raza cósmica*“ verstand Vasconcelos eine Vermischung verschiedener, insgesamt vier, Rassen, die eine dominierende Rasse ergeben würden. Im mexikanischen Mestizen, als Nachkomme indigener und weißer Vorfahren, sah er die Verwirklichung dieser Theorie (Degen 2008: 71).

des *mestizischen Mexiko abzuleiten*“ sei. Er greift damit erneut ethnische Kategorien auf (Sommerhoff und Weber 1999: 366).

Angesichts der prekären Situation, in der sich die indigene Bevölkerung des Landes befindet, kommt das, sich zu Anbeginn des 20. Jahrhunderts – zumindest zeitweise – verringerte, „*problema indigena*“ wieder erneut auf und scheint aktueller denn je (Sauerwald et al. 1996: 91-92). Im zeitgenössischen Mexiko wird die Bezeichnung „*indígena*“ mehr als eine ethnische als eine soziale Kategorie verstanden (Hamnett und Martínez Gimeno 2001: 34), woran auch die in der mexikanischen Verfassung deklarierte Anerkennung der plurikulturellen Komposition der Nation seit 1991 und die rechtlich festgelegte Autonomie der indigenen Bevölkerung nur wenig zu ändern vermag (Schulz 2002: 57).

5.2 Das Gesundheitsversicherungsprogramm *seguro popular de salud*

Der *seguro popular de salud* (SPS) ist ein 2003 durch das mexikanische Gesundheitsministerium ins Leben gerufenes Finanzierungsinstrument. Unter Leitung der Comisión Nacional de Protección Social en Salud⁸⁹ dient der SPS der Sicherung der Gesundheitsversorgung der nicht versicherten Bevölkerung (Lakin 2010: 314-315).

Da die Mehrzahl der Patient_innen in staatlichen medizinischen Einrichtungen durch den SPS versichert⁹⁰ sind und meine versicherten Informant_innen ausschließlich durch diesen abgesichert waren, wird er an dieser Stelle erläutert. Das Gesundheitsministerium beschreibt den SPS als:

„Das System der sozialen Sicherung im Gesundheitssektor, besser bekannt als Seguro Popular, repräsentiert einen Mechanismus, mit dem der Staat für einen wirksamen, rechtzeitigen und qualitativen Zugang, ohne Zuzahlungen und Diskriminierungen bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung aufkommt und Gesundheitsbedürfnisse vollständig befriedigt. Der Seguro Popular wurde geschaffen, um nicht Versorgungsberechtigten innerhalb eines Gesundheitssicherungssystems, freiwilligen und öffentlichen, finanziellen Schutz zu bieten. Die Beschaffung der nötigen

89 Im Deutschen „Nationale Kommission für sozialen Gesundheitsschutz“

90 2011 waren über 50 Mio. Mexikaner durch den SPS versichert (Knaul et al. 2012: 8). Genauere statistische Angaben sind schwierig zu treffen, da vom INEGI nur der Familienverbund als Entität erfasst wird und somit nicht mit der Bevölkerungszahl direkt verglichen werden kann.

Ressourcen⁹¹ gestaltet sich aus verschiedenen Quellen, um die Kosten des Gesundheitswesens für die Menschen zu finanzieren, die sie beanspruchen.⁹² (Secretaría de Salud 2014).

Diese Beschreibung des mexikanischen Gesundheitsministeriums führt zu einigen erläuterungsbedürftigen Fragen. Zunächst muss geklärt werden, wie die Gesundheitsversorgung der mexikanischen Bevölkerung vor 2003 strukturiert gewesen ist.

Das mexikanische Gesundheitssystem besteht, neben einigen staatlichen Einrichtungen des Gesundheitsministeriums, aus unterschiedlichen Sozialversicherungen⁹³ und Leistungsanbietern. Das Instituto Mexicano del Seguro Social⁹⁴ (IMSS) stellt hierbei den größten Vertreter⁹⁵ dar. Über das IMSS haben vor allem formal Angestellte des Privatsektors Zugang zur Gesundheitsversorgung in dem IMSS zugehörigen Institutionen. Der Zugang zu einer Sozialversicherung ist also an den Arbeitnehmerstatus und nicht an die Einkünfte gebunden. Die Bevölkerung wird, der mexikanischen Amtssprache zufolge, in „Versorgungsberechtigte“ und „nicht Versorgungsberechtigte“⁹⁶ unterteilt⁹⁷. Eine andere Möglichkeit eine Krankenversicherung zu erwerben ist die Bindung an private Anbieter, die sich der Großteil der Mexikaner nicht leisten kann. In der Realität spiegelte sich dies in einer nationalen Unterversicherung wider. Mehr als 50% der mexikanischen Bevölkerung hatten vor Einführung des SPS keine Möglichkeit eine Gesundheitsversicherung abzuschließen (Lakin 2010: 317). Dies führte dazu, dass viele Mexikaner keine Gesundheitsleistungen wahrnehmen konnten bzw. im Krankheitsfall selbst für Unkosten („out-of-pocket“-Zahlungen⁹⁸) aufkommen mussten (Frenk 2006: 955).

91 Vgl. Lakin (2010)

92 Im spanischen Original „*El Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. El Seguro Popular fue creado para brindar protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un esquema de aseguramiento de salud, público y voluntario, a través de la consolidación de recursos provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiera.*“ (Secretaría de Salud 2014)

93 Die Bezeichnung „Sozialversicherung“ entstammt dem originalen Wortlaut, darf aber in keinem Fall mit dem Begriff der Sozialversicherung, wie sie im deutschsprachigen Raum verstanden wird verwechselt werden. Der US-amerikanische Politikwissenschaftler Lakin bezeichnet die mexikanischen „Sozialversicherungen“ eher als „*miniature health services*“ (Lakin 2010: 317), die parallel zueinander existieren.

94 Im Deutschen „*Mexikanisches Sozialversicherungsinstitut*“

95 Neben IMSS, existiert noch u.a der ISSSTE für staatlich Beschäftigte, außerdem haben PEMEX der staatliche Öl-Konzern und das mexikanische Militär eigenständige (Sozial-)Versicherungssysteme.

96 In Coyutla waren beispielsweise 2010 insgesamt 38,8% der Gesamtbevölkerung „nicht versorgungsberechtigt“

97 Im Spanischen als „*derechohabiente*“ bzw. „*no-derechohabiente*“ ausgedrückt.

98 Vgl. Arredondo und Nájera (2005)

Zusätzlich zur Unterversicherung der Bevölkerung und der daraus resultierenden „out-of-pocket“-Zahlung im Krankheitsfall, präsentierte Mexiko im internationalen Vergleich eine unterdurchschnittliche Finanzierung seines Gesundheitssystems. Gerade einmal 5,8% des Bruttoinlandsproduktes fanden Verwendung innerhalb des Gesundheitssektors (Secretaría de Salud 2014: 585). Dieses Ungleichgewicht in der Finanzierung führte zu einem reziproken Verhältnis zwischen Krankheit und Armut (Gómez Dantés und Ortiz 2004: 585-587).

Die 2001 unter Julio Frank, dem damaligen mexikanischen Gesundheitsminister, begonnene Reform, mit dem seit 2003 bestehenden SPS, hatten folgende Veränderung des mexikanischen Gesundheitssystems zum Ziel:

1. Erhöhung der Ausgaben innerhalb des Gesundheitssektor (z.B. für Infrastruktur)
2. Finanzierung durch eine „culture of prepayment“ und öffentliche Gelder, anstelle von „Out-of-pocket“-Zahlungen
3. Gerechte Verteilung von Ressourcen zwischen Versicherten und nicht Versicherten, aber auch zwischen den verschiedenen Bundesstaaten
4. Kosteneffizientere Gesundheitsversorgung durch explizite Servicepakete⁹⁹
5. Trennung von Anbietern und Nutzern.

(WHO 2013a: 14-15 und Lakin 2010: 315-316).

Besonders zu erwähnen ist, dass der SPS „nur“ ein Finanzierungsinstrument darstellt. Die Gesundheitsleistungen, in Form von Interventionen, werden nicht durch ihn, sondern durch öffentliche medizinische Einrichtungen des mexikanischen Gesundheitsministeriums erbracht. In der Praxis bedeutet dies, dass sich Familien im Verbund bei Zweigstellen des SPS erfassen lassen und dann Zugang zu vom SPS finanzierten Leistungen innerhalb staatlicher Einrichtungen erhalten.

Insgesamt sind die Meinungen bezüglich der Effektivität der Reform in der Fachliteratur gespalten. Der Politikwissenschaftler Lakin beschreibt, dass die besagte Reform zwar auf gesundheitspolitischer Ebene große Anerkennung gefunden hat, wissenschaftliche Analysen der Reform aber nur zurückhaltend durchgeführt wurden. Die Reform war

⁹⁹ Die durch den SPA versicherte Bevölkerung hatte 2011 Zugang zu insgesamt 275 Interventionen. Dies beinhaltet die essenzielle individuelle Gesundheitsversorgung, Impfungen und das community-based Packet. Zusätzlich bieten andere Fonds wie u.a. der „Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos“, der die Bevölkerung gegen unvorhersehbare katastrophale Kosten schützt, weitere Interventionen (57) an (Knaul et al. 2012: 7).

seiner Meinung nach nicht in der Lage innerhalb des mexikanischen Gesundheitssystems ein Gesundheitsversicherungssystem entstehen zu lassen. Der SPS als Teil dieser Reform bietet zwar ein Finanzierungsinstrument, eine Verbesserung der zur Verfügung stehenden Ressourcen, Infrastruktur und die prophezeite Versorgungsgarantie blieben trotz Ausweitung der Servicepakete weitgehend aus (Lakin 2010). Auf der anderen Seite sanken seit Implementierung des SPS 2003 die Müttersterblichkeitsrate, die Kindersterblichkeitsrate und die „out-of-pocket“-Zahlungen, während Lebenserwartung und Ausgaben im Gesundheitsbereich langsam ansteigen (Knaul et al. 2012).

Heute ist man dazu übergegangen, den SPS gesondert und nicht mehr im Rahmen der Gesundheitsreform, in der er entstanden ist, zu betrachten. Dies führt dazu, dass Finanzierung und Versorgung separat voneinander betrachtet werden. Obwohl Finanzierung allein, ohne Verbesserung von Infrastruktur und Bereitstellung von Ressourcen, nicht zu einer Optimierung der Gesundheitsversorgung führt (Miller et al. 2003).

5.3 Das Conditional-Cash-Transfer Programm *oportunidades*

Da ein großer Teil der Bevölkerung der Sierra de Totonacapan finanzielle Unterstützung durch das Conditional-Cash-Transfer Programm¹⁰⁰ (CCTP) *oportunidades* erhält, soll auf dieses Programm nun eingegangen werden. Die Weltbank, einer der größten Befürworter von CCTPs, definiert diese als (Fiszbein et al. 2009: 30-31):

„[...] finanzielle Unterstützung (cash transfers) armer Haushalte, wenn diese vorgegebene Investitionen in das Humankapital ihrer Nachkommen tätigen. In der Regel ist die finanzielle Unterstützung an Bedingungen (conditions) geknüpft.

Die Bedingungen 'Gesundheit und Ernährung' werden oft an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für Kinder, die jünger als 5 Jahre alt sind; perinatale Vorsorgeuntersuchungen und die Teilnahme von Müttern an Gesundheitsinformationsveranstaltungen gebunden. Die Bedingung 'Bildung' beinhalten in der Regel die Einschulung der Nachkommen und Teilnahme an 80 oder 85 Prozent der Schulzeit, und ist gelegentlich an

100 Inzwischen haben in Lateinamerika 18 Länder CCTPs eingeführt, sodass schätzungsweise 19% der gesamten Bevölkerung der Region durch ein CCTP unterstützt werden (Yanes 2011: 50).

Schulleistungen gebunden. Bei den meisten CCT Programmen wird die finanzielle Unterstützung der Mutter des Haushalts oder gelegentlich auch den Studierenden selbst ausgehändigt.

CCT Programme haben zwei klare Ziele. Erstens versuchen sie arme Haushalte mit minimalen Konsummöglichkeiten zu unterstützen. Zweitens streben sie durch die Bindung von finanzieller Unterstützung an Konditionen, die Anhäufung von Humankapital und damit die Durchbrechung des Teufelskreises, durch den Armut über Generationen hinweg übertragen wird an.¹⁰¹

Das mexikanische CCTP *oportunidades* (früher *progres*a) gilt weltweit als Pilotprojekt der Armutsbekämpfung und wurde sowohl von der Weltbank als auch der Interamerikanischen Entwicklungsbank unterstützt. Das Programm beinhaltet die Bedingungen Schulbesuch, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und die Teilnahme an Patientenschulungen. Die Unterstützung, die Familien erhalten, basiert vornehmlich auf Geldzahlungen für Nahrungsmittel und Stromkosten, Stipendien für Kinder und Jugendliche von 9 bis 22 Jahren¹⁰², einer Pro-Kopf-Pauschale für Kinder unter neun Jahren von ca. 8 USD pro Monat¹⁰³ und Nahrungsergänzungsmittel für Kinder und schwangere Frauen. 2011 entsprach das Budget des Programms 14,8 Billionen USD, dies entsprach 1,68% der mexikanischen Staatsausgaben und unterstützte ca. 5,8 Millionen Familien. Dies bedeutete eine monatliche Zahlung von durchschnittlich 69 USD, wobei die finanzielle Unterstützung, abhängig von Kinderzahl und Schulbesuch, sehr stark variierte (Yanes 2011: 51-52).

Die Weltbank kommt in ihrer 2009 veröffentlichten Analyse zu dem Schluss, dass

101 Im englischen Original: „*The common definition of a conditional cash transfer program is one that transfers cash to poor households if they make prespecified investments in the human capital of their children. In general, this has involved attaching “conditions” to transfers. Health and nutrition conditions often require periodic checkups or growth monitoring and vaccinations for children less than 5 years of age, perinatal care for mothers, and attendance by mothers at periodic health information talks. Education conditions usually include school enrollment and attendance at 80 or 85 percent of school days, and occasionally some measure of performance. Most CCT programs transfer the money to the mother of the household, or occasionally to the student. CCT programs have two clear objectives. First, they seek to provide poor households with a minimum consumption floor. Second, in making transfers conditional, they seek to encourage the accumulation of human capital and to break a vicious cycle whereby poverty is transmitted across generations.*“ (Fiszbein et al. 2009: 30-31).

102 Mädchen erhalten generell mehr als Jungen und die finanzielle Unterstützung steigt mit der Anzahl der Schuljahre bzw. dem Ausbildungsgrad an.

103 Die Befürchtung einiger Kritiker, die Geburtenrate innerhalb der armen Bevölkerung würde durch diese Maßnahme ansteigen, hat sich weder in der Vergangenheit, noch in der Gegenwart bestätigt, im Gegenteil, scheint sich eher ein Rückgang der Geburtenrate zu manifestieren (Yanes 2011: 52).

CCTP dazu führen, dass mehr Kinder die Schule besuchen und präventive Gesundheitsmaßnahmen häufiger genutzt werden und somit das Ziel der „Anhäufung von Humankapital“ erreicht würde. Dennoch räumt sie ein, dass der tatsächliche Effekt auf Bildung und Gesundheit eher gering ist (Fiszbein et al. 2009: 160-163).

In der Fachliteratur wird immer wieder deutlich, dass es mitunter problematisch ist den Einfluss von CCTPs auf die Reduktion von Armut zu evaluieren. Hierbei stellt sich beispielsweise die Frage, ob ein positiver Effekt der Programme auch ohne Bindung an Bedingungen, somit durch alleinige finanzielle Entlastung, gegeben wäre (Yanes 2011: 51).

Ein generelles Problem der CCTPs ist die Identifikation der in Armut lebenden Bevölkerung. Befürworter der CCTPs unterstellen, dass die in Armut lebende Bevölkerung via „*blickdiagnostischer Verfahren*“ objektiv von der nicht in Armut lebenden Bevölkerung unterschieden werden könnte. Man kann diese Behauptung jedoch anhand zahlreicher technischer, sozialer und politischer Einschränkungen widerlegen, die dazu führen, dass CCTPs ihr Ziel, Armut zu senken, verfehlen (Tucker 2010: 5-6).

Für den mexikanischen Bundesstaat Oaxaca konnte gezeigt werden, dass *oportunidades* ohne eine Anpassung an lokale Gegebenheiten implementiert wird. Dies führt zur Vernachlässigung lokaler Sitten und Bräuche, beispielsweise politischer Systeme in indigenen Gemeinden. Zur besseren und vor allem nachhaltigen Anwendung bedarf es einer dem Kontext gerechten Anpassung des Programms, die sich zum Beispiel in einer Analyse der lokalen Definition von Armut widerspiegeln könnte. Des Weiteren wird kritisiert, dass *oportunidades* zu einer Verhärtung geschlechtsspezifischer Rollenzuschreibungen führt (Avila Jaquez und Gabarrot Arenas 2009). Die Soziologin Molyneux spricht von einer „*Re-Traditionalisierung von Geschlechterrollen und -identitäten*¹⁰⁴“ durch CCTPs (Molyneux 2006: 440). In diesem Zusammenhang muss auch der Einfluss von *oportunidades* auf reproduktive Gesundheit Erwähnung finden. Besonders hervorzuheben ist, wie bereits in der oben zitierten Definition beschrieben, der exklusive Bezug auf Mütter und Nachkommen.

Unterschiedliche Quellen beschreiben die Beeinflussung reproduktiver Entscheidungen durch *oportunidades* (Smith Oka 2009). Frauen, die finanziell durch das CCTP unterstützt werden, fühlen sich unter Druck gesetzt, bestimmte moderne Verhütungsmethoden zu verwenden (Chapman 2011: 8) oder medizinische Maßnahmen über sich

104 Im englischen Original „*re-traditionalizing gender roles and identities*“ (Molyneux 2006: 440).

ergehen lassen. Beispielsweise entbinden Frauen aus ländlichen Teilen des Landes, die durch *oportunidades* unterstützt werden, in medizinischen Einrichtungen des Gesundheitsministeriums und anderen staatlichen medizinischen Einrichtungen signifikant häufiger per Kaiserschnitt (Barber 2009).

5.4 Die Sierra de Totonacapan

Soziokulturell ist die Region Sierra de Totonacapan¹⁰⁵ durch die dort lebenden Totonaken geprägt. In der Gegenwart zeigt sich jedoch eine sehr heterogene Bevölkerungsstruktur. Neben Totonaken leben andere indigene Ethnien wie Nahua, Otomí und Tepehua in der Region. Ein großer Teil der Bevölkerung fühlt sich überhaupt keiner indigenen Ethnie zugehörig (Valderrama Rouy 2005: 187).

Viele Totonaken haben die Region auf der Suche nach Arbeit verlassen. Heutzutage finden sie sich auch in grenznahen Bundesstaaten wie Nuevo León und Monterrey oder in Mexiko Stadt. Einen nicht zu vernachlässigender Teil lebt in den USA und Kanada (Moctezuma Pérez 2011: 418).

Es zeigt sich, dass die linguistische und ethnische Verbreitung des Totonaco bzw. der Totonaken nicht übereinstimmen. Wählt man eine linguistisch orientierte Perspektive auf die Sierra de Totonacapan bzw. die Totonaken, stößt man auf unterschiedliche Sprachvarianten und eine heterogene Verteilung der Totonaco sprechenden Bevölkerung über das gesamte Land (Morales Lara 2008: 202). Gleichzeitig findet man ethnische Gruppierungen, die sich selbst als Totonaken identifizieren, jedoch ausschließlich Spanisch oder Nahua, die verbreitetste aller indigenen Sprachen in Mexiko, sprechen (Masferrer Kan 2004: 12-13).

Dieser Abschnitt soll sich aus den eingangs angeführten Gründen der realen Diskordanz der theoretischen „ethnolinguistischen Gruppierung“¹⁰⁶ ausschließlich auf die geografische Beschaffenheit und historischen Hintergründe der Region beschränken. Der historische Diskurs wird sich vordergründig mit der Nutzung und Verteilung des Bodens befassen, da diese Perspektive umfassende Einsichten auf die gegenwärtige lokale Realität zulässt. Gleichzeitig wird dieser Ansatz Aufschluss über die Komplexität der Region und ihren Bevölkerungswandel geben.

105 Einige Autoren verwenden den Begriff „Sierra de Papantla“ (Velázquez Hernández 1995), was die langjährige wirtschaftliche Verknüpfung der Hochebene mit dem ihr zu Füßen liegenden urbanen Zentrum der Region verdeutlicht.

106 Vgl. u.a. Masferrer Kan (2004), Valderrama Rouy (2005), Morales Lara (2008)

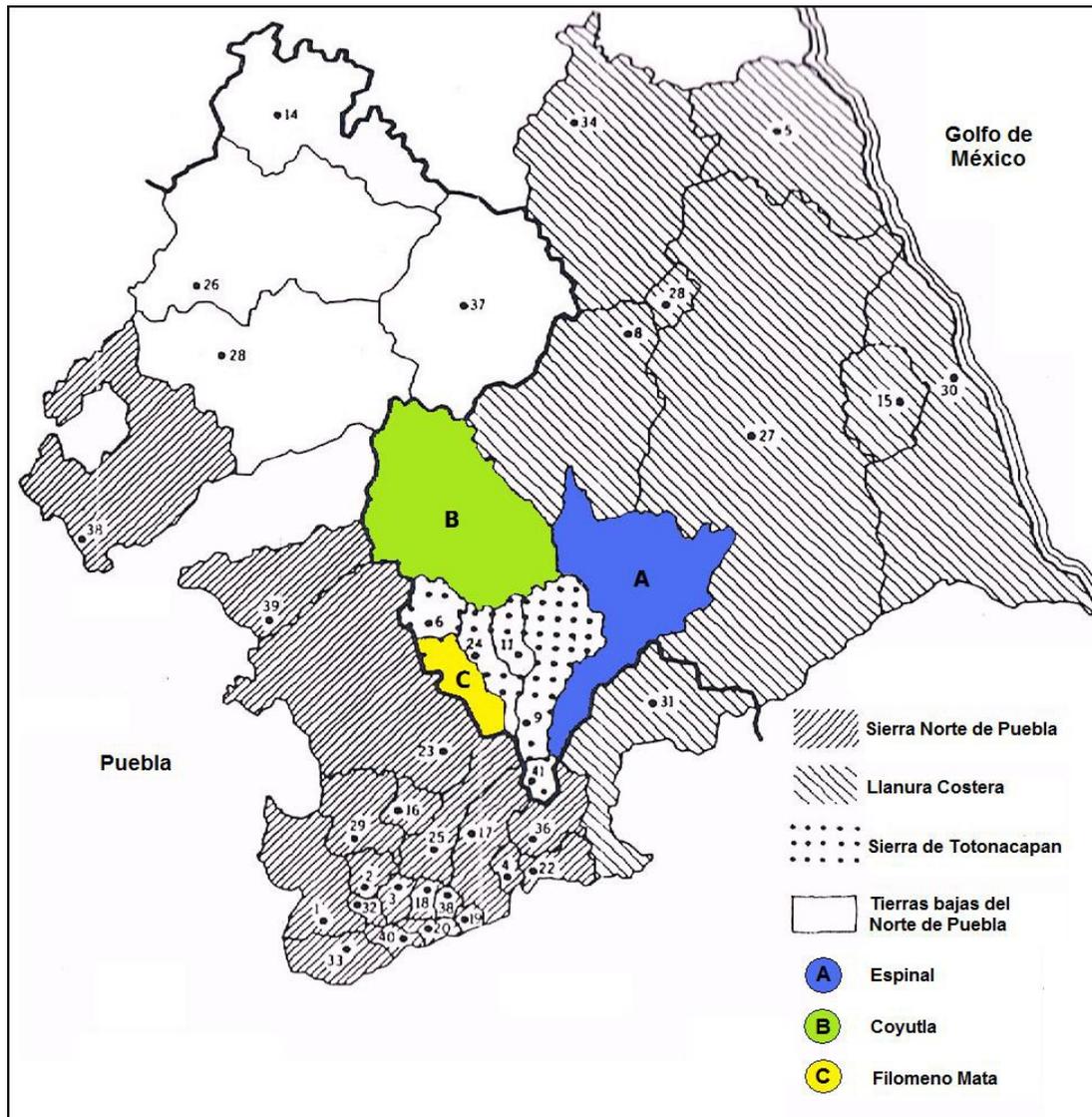


Abbildung 4: Karte Totonacapan (Quelle: Velázquez Hernández 1995: 41; Überarbeitung: Niels Dörr)

5.4.1 Geografische Ausdehnung

Die Sierra de Totonacapan liegt in der Hochebene der mexikanischen Golfküste. Die Hochebene selbst ist Teil der Region Totonacapan und befindet sich teils im Bundesstaat Veracruz (Abbildung 4). Ein anderer Teil ist in den angrenzenden Bundesstaaten Puebla und Hidalgo lokalisiert (Valderrama Rouy 2005: 187).

Zunächst ist es nötig, die historisch determinierte Region Totonacapan von der in dieser Arbeit relevanten Sierra de Totonacapan zu differenzieren. Die Region Totonacapan wird im Osten durch den Golf von Mexiko begrenzt. Im Westen reicht die

Region weit in den Bundesstaat Puebla hinein und grenzt dort an das Pueblo-Tlaxcala-Plateau, das Teil der Sierra Madre Oriental ist. Im Norden und Süden verläuft die Grenze weitestgehend durch den Bundesstaat Veracruz (Valderrama Rouy 2005: 187), wobei hier orientierend der Río Cazonas als die nördliche und der Río Teculutla als die südliche Begrenzung angesehen werden können (Chenaut 1996: 158). Insgesamt umfasst die Region Totonacapan heute ca. 7.000 km². Die geografische Ausdehnung der Region änderte sich nach der Ankunft der Spanier und der im 16. Jahrhundert beginnenden Conquista drastisch. Vor diesem Datum erstreckte sich die Region bis weit in die Hochebene und im Süden bis an den Río la Antigua, sodass bis heute im Zuge der Marginalisierung der indigenen Bevölkerung, mehr als die Hälfte der geografischen Ausdehnung (Abbildung 5) verloren gingen (Velázquez Hernández 1995: 29-36).

Insgesamt 15 Gemeindebezirke der Region Totonacapan liegen auf veracruzanischem Boden (Velázquez Hernández 1995: 33). Die argentinische Historikerin Chenaut unterscheidet Gemeindebezirke, die der „Costa“ (dt. Küste) oder der „Sierra“ (dt. Hochebene) zugehörig sind. Auf veracruzanischer Seite gehören der „Sierra“ de Totonacapan die Gemeindebezirke Coahuatlán, Coxquihui, Coyutla, Chumatlán, Filomeno Mata, Mecatlán und Zozocolco de Hidalgo an. Der für meine Arbeit außerdem relevante Gemeindebezirk Espinal wird der Küstenregion zugeordnet (Chenaut 1996: 158) und grenzt sich linguistisch von den Gemeindebezirken der „Sierra“ ab (INALI 2008)¹⁰⁷.

Seit Beginn der Conquista gehören die im Fokus stehenden Gemeindebezirke, aufgrund ihrer schwer zugänglichen Lage, zu den Gemeindebezirken mit dem größten Anteil indigener Bevölkerung innerhalb der Region Totonacapan (Velázquez Hernández 1995: 44). Eine mögliche Ursache dieses Sachverhalts lässt sich im historischen Diskurs der Region finden, wenn man die Entwicklung der Region bezüglich der Bodennutzung betrachtet.

107 Streng genommen ist die geografische Assoziation meiner Arbeit mit der veracruzansichen Sierra de Totonacapan nicht eindeutig. Da aber der Einzugsbereich des Regionalkrankenhauses vor allem aus Gemeindebezirken der Sierra besteht, habe ich mich thematisch auf diese beschränkt. Des Weiteren umfasst die Bezeichnung im Kontext meiner Arbeit ausschließlich den veracruzansichen Teil der Sierra de Totonacapan.



Abbildung 5: Grenzen Totonacapans im 16. Jahrhundert und aktuell (Quelle: Velázquez Hernández 1995: 31; Überarbeitung und Übersetzung: Mareike Wald)

5.4.2 Bodennutzung in der Region

Vor der Conquista wurde die Landschaft in acht unterschiedliche Bodennutzungen klassifiziert. Die Spanier reduzierten diese Einteilung auf drei Klassifikationen: Viehzucht, Landwirtschaft und Waldbestand. Im Hochland wurde vornehmlich Getreide und an der Küste Zuckerrohr angebaut. Auf dem leicht zugänglichen Gelände am Fuß der Hochebene wurden Rinder und Schafe geweidet. Bis zur Hälfte des 17. Jahrhunderts

entstanden die „Haciendas“¹⁰⁸ auf großem, gut zugänglichem Gelände. Mit Anbeginn der Haciendas verschwand die indigene Bevölkerung rapide aus der Küstenregion und dem Tiefland. In diesen Regionen wurde der Boden vornehmlich mit Vanille, Kaffee, Zuckerrohr, Orangen, Bananen etc. bepflanzt, Produkte, die sich für den europäischen Markt als lukrativ herausstellten. Im Oktober 1811 begann der Unabhängigkeitskrieg im Zentrum von Veracruz und erreichte schnell die Region Totonacapan. Diese Periode war zwar in Gänze ein einschneidendes Ereignis innerhalb der mexikanischen Geschichte, prinzipielle Veränderungen erfuhr die Region Totonacapan aber erst durch die liberalen Strömungen des 19. Jahrhunderts. Das Land, das sich zuvor in kommunaler Nutzung befand, wurde aufgeteilt und einzelnen Besitzern zugesprochen, wodurch es zur Enteignung der lokalen, zumeist indigenen, Bevölkerung kam. Im Zuge der Enteignung wurde nicht nur die Lebensgrundlage der Bevölkerung, sondern auch die Verbindung zwischen den dort lebenden Menschen zerstört. Trotz der Aufteilung auf einige Privatinvestoren fand der Anbau von Monokulturen jedoch noch keinen Einzug in die Region. Mit Beginn der Ölförderung 1909 änderte sich dies schlagartig. „Oil Fields of Mexico“ errichtete eine Eisenbahnstrecke zum Abtransport von Öl und Holz. In dieser Zeit begann die systematische Abholzung der Wälder der Region (Abbildung 6) und die Urbanisierung der Küstenstädte Tuxpan und Poza Rica. Die Anbindung der Sierra de Totonacapan an die Küstenregion wurde verbessert und die Region wurde an den internationalen Markt angebunden. Diese Veränderungen führten zur Verdrängung der landwirtschaftlichen Vielfalt und begünstigten die regionale Konzentration der Landwirtschaft auf Orangen, Limonen und Kaffee. Währenddessen verloren andere Produkte, allen voran Vanille, im Zuge globaler Veränderung¹⁰⁹ deutlich an Relevanz (Ortiz Espejel 1995: 37-45).

Die Gesamtheit dieser Entwicklungen verdeutlicht sich in der lokalen Realität der Sierra de Totonacapan. Ein Großteil der Bevölkerung ist als Tagelöhner im Straßenbau oder auf Mais-, Orangen- und Limonenplantagen tätig. Mit Anbeginn der Liberalisierung des Kaffeemarktes und dem Untergang des Instituto Mexicano de Café, das bis dato die Erträge des Kaffeeanbaus auf den nationalen und internationalen Markt verteilte, veränderte sich der bedeutendste Sektor der Region. Der Teil der Bevölkerung, der sein Einkommen mit Kaffeeanbau verdiente, unterlag den globalen Preisschwän-

108 Die „Haciendas“ können weitgehend als Landgut zum Ackerbau und Viehzucht verstanden werden, dass an die indigene Landbevölkerung gegen Abgaben verpachtet wurde.

109 Einst hatte die Region auf dem internationalen Markt eine Monopolstellung im Anbau des Gewürzes. Heute wird Vanille fast ausschließlich auf La Reunión (darmals Bourbon) und Madagaskar angebaut (Ortiz Espejel 1995: 44).

kungen, sodass viele das Vertrauen in diesen Sektor verloren. Bereits in den 1980er Jahren übernahmen der Anbau von Mais (Moctezuma Pérez 2011: 417-418) und Pfeffer die Rolle des Kaffees (Velázquez Hernández 1995: 44).

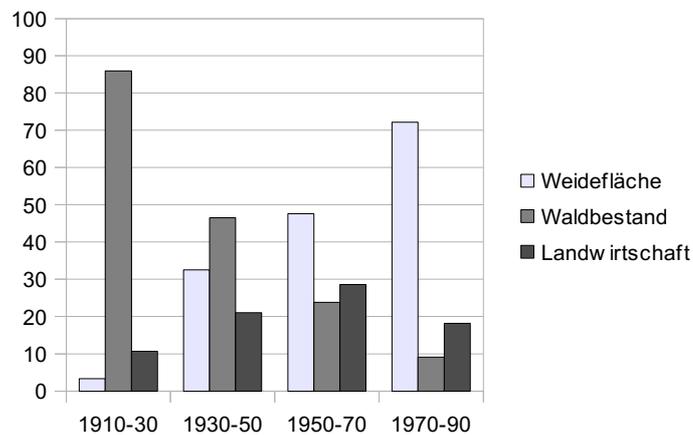


Abbildung 6: Entwicklung der Bodennutzung in der Region Totonacapan (Quelle: Ortiz Espejel 1995: 43; Grafik und Übersetzung: Niels Dörr)

Ein Großteil der männlichen Bevölkerung verlässt im Zuge dessen den ländlichen Raum, um in den urbanen Zentren der Region Arbeit zu finden, wieder andere verlassen die Region oder das Land ganz. Enteignung und die Privatisierung von Boden¹¹⁰, die Verbindung der Landwirtschaft mit der liberalen Marktwirtschaft, Arbeitslosigkeit und die daraus resultierende Landflucht führen zu einer Konzentration von Armut in den schwer bewohn- und kultivierbaren Hochebene (Abbildung 7), die heute das Bild der Sierra de Totonacapan prägt.

110 Im Gemeindebezirk Filomeno Mata befinden sich beispielsweise 100% des Bodens im Besitz von Privatinvestoren (Velázquez Hernández 1995: 45)



Abbildung 7: Aussicht über Filomeno Mata (Quelle: eigene Aufnahme)

5.4.3 Espinal

Im Zentrum der Forschung steht das Regionalkrankenhaus Hospital de la Comunidad Entabladero¹¹¹, das während meines ersten Aufenthalts (Sommer 2011) in der Region noch Hospital General de Entabladero und früher einmal Hospital del Totonacapan¹¹² geheißen hatte.

Zwei weitere Gemeindebezirke wurden für die Feldforschung ausgewählt: Coyutla und Filomeno Mata. Coyutla aufgrund seiner örtlichen Nähe zum Regionalkrankenhaus, da während der Arbeit dort überdurchschnittlich viele Patient_innen des Gemeindebezirks

111 Ins Deutsche übersetzt würde das Krankenhaus „Krankenhaus der Gemeinde Entabladero“ heißen. Mexikanische Staaten werden in einzelne „municipios“ (dt. Gemeindebezirke) unterteilt, in denen es kleinere „comunidades“ (dt. Gemeinden) gibt. Bei diesen „comunidades“ handelt es sich nicht selten um sehr kleine Ortschaften. Die politische Leitung der „comunidades“ befindet sich, mit einigen Ausnahmen, in der größten „comunidad“ des Gemeindebezirks und trägt in der Regel dessen Namen. Diese „comunidad“ wird dann „cabecera“ (dt. Hauptgemeinde) genannt. Entabladero ist zum Beispiel eine Gemeinde des Gemeindebezirks Espinal. Die Gemeinde Espinal ist Hauptgemeinde des gleichnamigen Gemeindebezirks. Im weiteren Verlauf der Dissertation werde ich mich, um Verwirrung vorzubeugen, streng an die Nomenklatur Gemeindebezirk und Gemeinde halten.

112 Im Folgenden werde ich mich auf die Bezeichnung „Regionalkrankenhaus“ beschränken.

das Regionalkrankenhaus aufsuchten. Filomeno Mata weckte das Interesse aus anderen Gründen. Zum einen war dieser Gemeindebezirk seitens des medizinischen Personals mit diversen Vorurteilen belegt. Zum anderen stellten sich die wenigen aus Filomeno Mata kommenden Patient_innen anamnestisch oft als interessante Fälle heraus. Hohe Kinderzahl, wenig bis keine Spanischkenntnisse oder die patriarchale Umgangsweise des medizinischen Personals mit Patient_innen aus Filomeno Mata, förderten das Interesse. Die Auswahl wurde zusätzlich durch diverse Unterschiede der beiden Gemeindebezirke bestärkt.

Während im Gesundheitszentrum von Coyutla kaum Entbindungen stattfinden, ist das medizinische Personal in Filomeno Mata aufgrund der relativ großen Entfernung zum Krankenhaus gewöhnt, Kinder zu entbinden. Zusätzlich war bekannt, dass traditionelle Hebammen in Filomeno Mata einen großen Anteil der Schwangerschaften und Geburten betreuen. Des Weiteren stand die Bevölkerung Filomeno Matas nicht selten in Verruf rückständig, ignorant und unhygienisch zu sein, womit sich Informant_innen häufig Hepatitis A-, Rotavirus-„Epidemien“ oder die Mutter-Kind-Sterblichkeit erklärten.

Die Gemeinde Entabladero ist eine von insgesamt 77 Gemeinden des Gemeindebezirks Espinal. Auch wenn die Gemeinde Espinal Hauptgemeinde des gleichnamigen Gemeindebezirks ist, ist Entabladero dichter besiedelt. Entabladero ist mit einer Bevölkerungsanzahl von 3.316 (2010) neben der Gemeinde Espinal, hier leben 2.676 Menschen (2010), eines der beiden als „urban“ bezeichneten Zentren des Gemeindebezirks Espinal. Insgesamt ist der Gemeindebezirk, verglichen mit anderen, sehr dünn besiedelt und seine „urbanen“ Zentren sind vergleichsweise klein. Dennoch ist der Gemeindebezirk Espinal, mit 25.548 Einwohnern (2010), der bevölkerungsreichste im Einzugsgebiet des Regionalkrankenhauses (INEGI 2010). Gleichzeitig ist der Gemeindebezirk Espinal mit 239,43 km² auch der flächenmäßig größte der insgesamt acht Gemeindebezirke (INEGI 2005).

2010 waren 56,8% der arbeitenden Bevölkerung über elf Jahren (8.474) im primären Wirtschaftssektor (Landwirtschaft, Rinderzucht, Bauarbeiten etc.) tätig. In den meisten Fällen handelt es sich um Tagelöhner. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil ist wirtschaftlich inaktiv. Den größten Teil der über elf Jahre alten Bevölkerung ohne Arbeit machen, neben 34% (3.682) Schüler und Studenten, mit 59,15% (6.406) die hauswirtschaftlich tätige Bevölkerung – hauptsächlich Frauen und Mädchen – aus (INEGI 2010).

Der Gemeindebezirk Espinal wird offiziell als „indigen“¹¹³ klassifiziert. Im Fall des Gemeindebezirks Espinal, nach Angaben des Instituto Nacional de Lenguas Indígenas¹¹⁴ (INALI), wird von der indigenen Bevölkerung mit Kenntnis einer indigenen Sprache vornehmlich *totonaco de la costa* gesprochen (INALI 2010a). Das Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) benutzt zur Klassifizierung im Wesentlichen linguistische Indikatoren. Ob eine Person als indigen in der Statistik erfasst wird, hängt davon ab, ob sie selbst eine indigene Sprache spricht bzw. in einem Familienverband lebt, in dem das Familienoberhaupt eine indigene Sprache spricht („Población en hogares indígenas“¹¹⁵). In Espinal lebten 2010 laut INEGI 14.717 Personen in „hogares indígenas“, dies entspricht bei einer Gesamtbevölkerungszahl von 25.548 insgesamt 47,61%. Die Einzelbefragung ergab, dass 39,03% der Bevölkerung über vier Jahren, aufgrund Kenntnis einer indigenen Sprache, indigen ist. 7,94% der Bevölkerung sprechen ausschließlich eine indigene Sprache (INEGI 2010).

Des Weiteren wurde der Gemeindebezirk Espinal 2010 von der Secretaría de Desarrollo Social als „hoch“ marginalisiert¹¹⁶ eingestuft (SEDESOL 2010). Für Espinal bedeutete dies konkret, dass 2010 2,64% der Bevölkerung ohne sanitäre Anlagen (Schmutzwasserdrainage), 4,97% ohne Stromversorgung und 47,53% ohne fließendes Wasser lebten (CONAPO 2011). Es ist davon auszugehen, dass sich diese Zahlen bis heute zwar verändert haben, die infrastrukturellen Veränderung jedoch nicht ausreichen, um die kleineren Gemeinden Espinals aus der Marginalisierung zu lösen.

Der Grad der Marginalisierung des Gemeindebezirks zeigt sich auch, wenn man den Anteil der Bevölkerung in Armut oder mit eingeschränktem bzw. fehlendem Zugang zu gesunden und sättigenden Lebensmitteln betrachtet. 2010 litten in Espinal 43,4% der Bevölkerung unter moderater Armut (weniger als 2,00 USD pro Person und Tag),

113 Die Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) definiert einen Gemeindebezirk als „indigen“, wenn der Anteil der indigenen Bevölkerung mehr als 40% der gesamten Bevölkerung ausmacht. Angaben auf Ebene der einzelnen Gemeinden werden nicht gemacht. Die CDI räumt ein, dass die Ermittlung der ethnischen Zugehörigkeit ein komplexes Unterfangen ist (CDI 2006: 7-9).

114 Im Deutschen „Nationales Institut für indigene Sprachen“

115 Im Deutschen „Bevölkerung in indigenem Zuhause“, wobei hier keine anderen als linguistische Kriterien (z.B. Autoidentifikation) über die Klassifikation „indigen“ entscheiden.

116 Diese Kategorisierung basiert auf drei sozioökonomischen Dimensionen: „Bildung“, „Wohnen“ und „verfügbarer Besitz“. Hierzu wird für die Bildungsdimension, der Alphabetisierungsgrad und die Grundschulrate der Bevölkerung, für die Einstufung der Wohnverhältnisse das Vorhandensein von fließendem Wasser, Elektrizität, Zimmeranzahl etc., berücksichtigt. Die 2005 noch verwendete Dimension „Einkünfte“ wurde aufgrund mangelnder Daten durch die Dimension „verfügbarer Besitz“ ersetzt, der ausschließlich anhand der Verfügbarkeit eines Kühlschranks evaluiert wird (de Vega Estrada et al. 2012: 17-20).

35,4% unter extremer Armut (weniger als 1,25 USD pro Person und Tag) und 30% waren gezwungen zu hungern oder hatten keinen Zugang zu adäquater Ernährung. Somit lebten 78,8% in einer Armutssituation und insgesamt 17,8% erlebten sowohl Hunger als auch extreme Armut (CONEVAL 2010b).

Zusammengefasst wird der Gemeindebezirk Espinal bzw. seine Bevölkerung seitens unterschiedlicher mexikanischer Institutionen als ländlich, indigen, marginalisiert und arm bezeichnet. Was diese Klassifikationen jedoch für die Bevölkerung bedeuten, kann nur schwer den Daten entnommen werden. Es zeigt sich anhand der statistischen Informationen, dass der, auf den ersten Blick homogene Gemeindebezirk, per se unterschiedliche soziale Dimensionen in sich vereint.

5.4.4 Coyutla

Der Gemeindebezirk Coyutla umfasst, mit insgesamt 39 Gemeinden, deutlich weniger Gemeinden als Espinal. Außerdem wird in Coyutla nur die Hauptgemeinde Coyutla mit 8.413 Bewohnern als „urban“ bezeichnet. Insgesamt leben im Gemeindebezirk Coyutla 21.822 Menschen (INEGI 2010) auf 234,72km² (INEGI 2005). Coyutla ist demnach etwas kleiner und dünner bevölkert als Espinal.

28,66% der Gesamtfläche werden landwirtschaftlich genutzt. Die für die Rinderzucht genutzten Rasenflächen sind in dieser Berechnung nicht enthalten, stellen aber einen großen Anteil des Territoriums dar. 2010 waren in Coyutla 51,9% der Bevölkerung über elf Jahren (16.462) im primären Wirtschaftssektor tätig. Über 50% der Bevölkerung über elf Jahren war nicht berufstätig. Auch in Coyutla macht der hauswirtschaftlich tätige Bevölkerungsteil mit 5.727, noch vor den 2.959 Schülern und Studenten, den größten Teil der Bevölkerung ohne Anstellungsverhältnis aus (INEGI 2010).

Läuft man durch die Straßen der Hauptgemeinde Coyutla scheint der Gemeindebezirk einen Wandel zu durchleben. Viele der älteren Männer und Frauen tragen die lokale Tracht, die sich von Gemeindebezirk zu Gemeindebezirk unterscheidet. Bei der jüngeren Bevölkerung ist es unüblich diese außerhalb traditioneller Feste zu tragen. Dennoch geben die vielen bunten Kleider, kunstvoll geflochtenen Zöpfe, weiß gekleideten Bauern und die hin und wieder durchklingende indigene Sprache dem fremden Betrachter das Gefühl an einem traditionsverbundenen Ort zu sein.

In Coyutla lebten 2010 insgesamt 81,27% (17.734) der Bevölkerung in einem „*hogar indígena*“, 59,59% (12.253) der Bevölkerung über vier Jahre sprach eine indigene Sprache und 11,65% hatte keine Spanischkenntnisse, sprach also ausschließlich Totonaco (INEGI 2010). Coyutla wird aus diesem Grund als „*indigener*“ Gemeindebezirk bezeichnet¹¹⁷.

Der Gemeindebezirk Coyutla wird ebenfalls als „*hoch*“ marginalisiert bezeichnet (SEDESOL 2010)¹¹⁸. Nach Angaben des Consejo Nacional de Población¹¹⁹ lebten 2010 in Coyutla 3,17% ohne Schmutzwasserdrainage, 3,80% ohne Stromversorgung und 25,73% ohne fließendem Wasser (CONAPO 2011). Laut Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social¹²⁰ lebten 2010 im Gemeindebezirk Coyutla insgesamt 89,6% der Bevölkerung in einer Armutssituation, 37% davon in moderater und 52,6% in extremer Armut. 20,6% der Bevölkerung leiden sowohl unter extremer Armut als auch unter mangelhafter Ernährung. Verglichen mit Espinal ist die Armutssituation hier demnach etwas stärker ausgeprägt (CONEVAL 2010b).

5.4.5 Filomeno Mata

Filomeno Mata war 2010, nach Espinal und Coyutla, mit einer Bevölkerungszahl von 16.418 der drittgrößte Gemeindebezirk im Einzugsgebiet des Regionalkrankenhauses. Ein großer Unterschied zeigt sich bereits bei der lokalen Verteilung der Bevölkerung. Der Gemeindebezirk Filomeno Mata beinhaltet nur insgesamt neun Gemeinden (in Espinal waren es 77 Gemeinden!), wobei in der urbanen Hauptgemeinde 81,03% (13.304) der Bevölkerung leben. Filomeno Mata ist die am dichtesten bevölkerte Gemeinde im Einzugsgebiet des Regionalkrankenhauses (INEGI 2010).

Die beschriebene Urbanität Filomeno Matas äußert sich nicht nur in der vergleichsweise hohen Bevölkerungszahl der Hauptgemeinde, sondern auch im Stadtbild. Filomeno Mata ist bei der Bevölkerung der Region für seine unübliche Architektur bekannt. Aufgrund der Hanglage in der Hochebene ist es oftmals einfacher, an Stelle neuer

117 Dass die Hintergründe, auf die sich diese Bezeichnung stützt, durchaus fraglich sind, ist aufgrund der gravierenden, quantitativen Unterschiede der beiden Erfassungsmethoden unumstritten.

118 Im Einzugsgebiet des Regionalkrankenhauses sind Espinal und Coyutla die beiden einzigen Gemeindebezirke, die als „*hoch*“ marginalisiert bezeichnet werden. Die anderen sechs Gemeindebezirke, allesamt weiter entfernt vom Regionalkrankenhaus, werden von der SEDESOL als „*sehr hoch*“ marginalisiert eingestuft (SEDESOL 2010).

119 Im Deutschen „Nationaler Bevölkerungsrat“

120 Im Deutschen „Nationaler Rat zur Evaluation der sozialen Entwicklungspolitik“

Terrassierungen, Häuser bzw. Wohneinheiten über bereits bestehende zu bauen. Diese Art der Konstruktion scheint vielen Außenstehenden der Region besonders befremdlich. Betrachtet man jedoch die Konstitution des gerade einmal 43,24 km² großen Gemeindebezirks, in der sich Berge und Täler sprunghaft abwechseln, erscheint das sonderbare Stadtbild nachvollziehbar.

Ein Spaziergang durch Filomeno Mata offenbart dem Betrachter enge Gassen, steinige Straßen und gefährlich anmutende Treppenkonstruktionen. Die wenigsten Straßen sind mit dem Auto passierbar, sodass trotz der stark limitierten Ausdehnung der Gemeinde oft lange, steile Fußwege von einem Ort zum anderen nötig sind.

Auch wenn Filomeno Mata mit Abstand die am dichtesten bevölkerte Gemeinde der Region ist, wird der Gemeindebezirk Filomeno Mata im Ganzen als „ländlich“ bezeichnet. Anders als in Espinal und Coyutla werden aufgrund der ungünstigen Anbaubedingungen in Filomeno Mata nur wenige Anbauflächen (710 ha) für das Kultivieren von Mais und anderen Pflanzen (558 ha) genutzt. Vor allem der für das Hochland typische Kaffeeanbau, der in der gesamten Sierra de Totonacapan von 1920 bis 1990 stetig angestiegen ist, muss an dieser Stelle genannt werden (Ortiz Espejel 1995: 53). Aktuell geht der Kaffeeanbau, aufgrund starker Schwankungen auf dem Weltmarkt und wirtschaftlich begründeter Verschiebung der Importnachfragen, wieder zurück.

2010 waren insgesamt 57,6% der arbeitenden Bevölkerung über elf Jahren im primären Wirtschaftssektor tätig. Bei der Betrachtung der absoluten Zahlen wird ein gravierendes Problem, nämlich die Arbeitslosigkeit, deutlich. 62,9% der als arbeitsfähig eingestufte Bevölkerung ist arbeitslos, wobei auch hier wieder nach den Studenten und Schülern (1.899), die Hauswirtschaftlich tätige Bevölkerung (3.573) den größten Anteil ausmacht. Die hohe Arbeitslosigkeit begründet sich beispielsweise durch fehlende Arbeitsplätze und die geringfügig ausgeprägten landwirtschaftlichen Möglichkeiten der Hochebene. Angesichts der Tatsache, dass in Filomeno Mata ein Großteil der Bevölkerung vom Kaffeeanbau lebt, ist die Abhängigkeit des lokalen Arbeitsmarkts von (Preis-)Entwicklungen des internationalen Markts verständlich. Außerdem provozieren geringe Löhne und hohe Arbeitslosigkeit Kinderarbeit und die Einbindung von primär hauswirtschaftlich tätigen Frauen in andere Tätigkeitsfelder. Während Frauen und Mädchen häufig mit dem stundenlangen Tragen von gesammeltem Feuerholz die familiäre ökonomische Situation versuchen zu verbessern, sind Männer und Jungen eher im Straßen- und Häuserbau oder auf dem Feld tätig.

Genauso wie alle anderen Gemeindebezirke im Einzugsgebiet des Regionalkrankenhauses wird auch Filomeno Mata als „indigen“ bezeichnet. Dass ausschließlich in Filomeno Mata gesprochene *totonaco central alto*, unterscheidet sich laut Informant_innen beider Seiten deutlich von den Sprachvarianten am Fuß der Hochebene. Sprecher der in Espinal vornehmlich gesprochenen Variante (*totonacao de la costa*) berichten, dass sie sich zwar mit der Bevölkerung Coyutlas, nicht aber mit der Filomeno Matas verständigen könnten.

In Filomeno Mata lebten 2010 99,85% der Bevölkerung in „hogares indígenas“. Die Einzelbefragung der Bevölkerung über 4 Jahren ergab annähernd ähnliche Ergebnisse. 97,26% der Bevölkerung spricht eine indigene Sprache und 31,66% spricht ausschließlich eine indigene Sprache. (INEGI 2010)

Ähnlich wie in Coyutla ist das Tragen der traditionellen Tracht bei der erwachsenen Bevölkerung üblich. Verglichen mit anderen regionalen Trachten fällt die Einfachheit, beispielsweise durch das Fehlen aufwendiger Stickereien, auf. In einigen Fällen wird die Tracht durch sehr schlichte Reinterpretationen der früheren Tracht ersetzt. Dieser Unterschied ist in Verbindung mit der lokalen Armutssituation zu verstehen, denn die Tracht verdeutlicht aufgrund ihrer vergleichsweise hohen Kosten Wohlstand.

Nachdem ich gezeigt habe, dass die Klassifikation „indigen“, obwohl alle drei Gemeindebezirke als „indigen“ bezeichnet werden, großen Variationen unterliegt, werde ich nun, mit der Betrachtung des Marginalisierungsgrades eine Klassifizierung Filomeno Matas beschreiben, die diesen Gemeindebezirk offiziell von anderen unterscheidet.

Filomeno Mata wird als „sehr hoch“ marginalisierter Gemeindebezirk eingestuft (SEDESOL 2010). Insgesamt 5,5% der lokalen Bevölkerung lebt ohne sanitäre Anlagen, 5,19% ohne Stromversorgung und 21,81% ohne fließendem Wasser. Befragt man die Bewohner Filomeno Matas, scheinen sie subjektiv vor allem unter den teilweise schwierigen Verhältnissen der Wasserverfügbarkeit zu leiden (CONAPO 2011).

Trotz der besseren Infrastruktur Filomeno Matas im Vergleich zu anderen Gemeindebezirken, berechnet der CONAPO für 2010 einen deutlich höheren Marginalisierungsindex von 1,326 verglichen mit 0,706 für Coyutla und 0,514 für Espinal. 39,8% der Bevölkerung Filomeno Matas über 14 Jahre sind Analphabeten. 61,69% der Bevölkerung haben nicht die Grundschule abgeschlossen. Außerdem wird zur Bestimmung des Index die Anzahl der Familienmitglieder pro Zimmer verwendet. In Filomeno

Mata leben zu 82,18% mehr als zwei Personen in einem Raum (CONAPO 2011).

Auch bezüglich der Armutsverhältnisse grenzt sich Filomeno Mata ab. 2010 lebten in Filomeno Mata 92,7% der Bevölkerung in einer von Armut geprägten Situation, 30,6% davon in moderater und 62,1% in extremer Armut. 56,4% der Bevölkerung hatten keinen Zugang zu adäquater Ernährung, 44,6% litten unter einer Kombination aus mangelhaftem Ernährungszustand und extremer Armut. (CONEVAL 2010b).

Auf den ersten Blick werden alle drei Gemeindebezirke als ländlich, indigen, hoch oder sehr hoch marginalisiert und arm beschrieben, dennoch unterscheiden sich die nur wenige Kilometer von einander entfernten Gemeindebezirke deutlich.

5.4.6 Das Regionalkrankenhaus

Entabladero ist nicht nur Durchgangspunkt für die aus Coyutla, Coahuilán, Mecatlán und Filomeno Mata kommenden Bewohner der Hochebene auf dem Weg in die etwa eine Stunde vom Regionalkrankenhaus entfernten Städte Papantla und Poza Rica, sondern auch Dreh- und Angelpunkt für viele der kleineren Gemeinden des Gemeindebezirks Espinal. Direkt an einer der wenigen asphaltierten Hauptverbindungsstraßen gelegen ist das Regionalkrankenhaus gut stationiert. Auf der anderen Seite bedeutet die Fahrt nach Entabladero für die Patient_innen der Gemeindebezirke Chumatlán, Coxquihui und Zozocoloco de Hidalgo eine zusätzliche Entfernung von den, in Poza Rica und Papantla befindlichen, Referenzkrankenhäusern. Betrachtet man zusätzlich die unterschiedlichen Straßenbedingungen, Transportmöglichkeiten und Verkehrsanbindungen der einzelnen Gemeinden, relativiert sich die zentrale geografische Lage des Regionalkrankenhauses.

Im Gemeindebezirk Espinal arbeiteten 2010 insgesamt 32 Ärzt_innen, was bei einer Bevölkerungszahl von 25.548 ein Verhältnis von 1,25 Ärzt_innen pro 1.000 Einwohner_innen bedeutet. Von diesen 32 Ärzt_innen waren 26 in staatlichen Einrichtungen des Gesundheitsministeriums tätig, von denen es in Espinal sechs¹²¹ gibt (INEGI 2010). Hierzu gehören unter anderem das Regionalkrankenhaus in Entabladero, in dem der größte Teil dieser Ärzt_innen arbeitet, und die Gesundheits-

121 Einige der kleineren Gemeinden verfügen zur Basisgesundheitsversorgung über so genannte „*Casa-Chirurgens de salud*“ (dt. Gesundheitshäuser), die wiederum den Gesundheitszentren untergeordnet sind. Insgesamt ist die Anzahl der „*Casas de salud*“ (4) im gesamten Gemeindebezirk jedoch gering.

zentren in den Gemeinden Entabladero und Espinal¹²².

Während meines Aufenthalts in Entabladero arbeiteten im Frühdienst, der Tageszeit mit dem größten Patientenaufkommen, ein Arzt oder Ärztin. Dieser war für 22 stationäre Betten, einen Kreißsaal und eine Notaufnahme mit weiteren 3 Überwachungsbetten, zuständig. In der Regel hatten diese Ärzt_innen keine abgeschlossene Facharztausbildung. Nachmittags wurden diese Bereiche von anderen Ärzt_innen versorgt. Für Nachtdienste und Wochenenden waren zwei Ärzt_innen eingeteilt. Neben diesen Bereichen existierte vormittags zusätzlich eine pädiatrische Sprechstunde, geleitet von zwei Kinderärzten, die zusätzlich für zwei pädiatrische Betten zuständig waren. An jeweils drei Tagen wurde vormittags eine gynäkologische und nachmittags eine internistische Sprechstunde eingerichtet. Normale, vaginale Entbindungen wurden in der Regel nicht von der Gynäkologin, sondern vom medizinischen Personal der Notaufnahme übernommen. In den letzten Monaten meines Aufenthalts in Entabladero wurde das Personal zusätzlich durch einen Chirurgen und einen Anästhesisten, die drei Mal die Woche im Nachtdienst tätig waren, unterstützt. Durch diese Veränderung war es möglich, kleine Operationen (z.B. Blinddarm- oder Hernienoperationen, Sterilisierungen und Kaiserschnitte) vor Ort durchzuführen. Zuvor wurden im Operationssaal lediglich kleinere, gynäkologische Eingriffe und Kaiserschnitte durch die Gynäkologin und den Direktor des Regionalkrankenhauses, der eine abgeschlossene Facharztausbildung zum Anästhesisten hatte, durchgeführt. Außerhalb ihrer Arbeitszeiten und in Fällen, die ihren Kompetenzbereich überschritten, wurden chirurgische Patient_innen in die staatlichen Referenzkrankenhäuser in Papantla oder Poza Rica überwiesen. Im Notfall geschah dies via Krankenwagen, sonst durch selbst organisierte Transporte (z.B. in Bus oder Taxi).

Zusätzlich zum ärztlichen Personal arbeitet im Regionalkrankenhaus in jeder Schicht ca. acht bis zehn Krankenschwestern und -pfleger, gleichmäßig auf alle Abteilungen verteilt.

Seit Eröffnung des Regionalkrankenhauses arbeitet außerdem eine indigene Gesundheitspromotorin dort. Sie war vorher als traditionelle Hebamme in der Region tätig und kümmert sich vor allem um indigene Patient_innen, wurde aber nur selten als Dolmetscherin eingesetzt. Ihr Aufgabenbereich entspricht der Patientenaufklärung, beispiels-

122 Ich hatte mich – im Fall Espinal – gegen eine Forschung in den dem Regionalkrankenhaus untergeordneten Institutionen entschieden, da die Universidad Veracruzana Intercultural bereits hege Verbindungen mit expliziten Forschungsvorhaben in diesen pflegte und ich so vermutete, dass meine eigene Forschung durch diese beeinflusst werden würde.

weise zu den Themen Schwangerschaft, Geburt und Familienplanung innerhalb der indigenen Bevölkerung.

Zusätzlich verfügt das Regionalkrankenhaus über ein Laboratorium in dem einfache Laborwerte bestimmt werden können, jedoch keine mikrobiologischen Untersuchungen oder Schwangerschaftsnachweise durchgeführt werden. Von einer Krankenschwester wird eine präventive Sprechstunde angeboten, die sich hauptsächlich auf Impfungen konzentriert. Außerdem gibt es einen maroden Röntgenapparat, der jedoch von niemanden bedient werden konnte. Auch ein Ultraschallgerät befindet sich im Krankenhaus. Dieses wird allerdings aufgrund fehlender Kompetenz und Zuständigkeit kaum benutzt. Patientinnen, bei denen eine Ultraschalldiagnostik indiziert ist, werden im voraus gebeten diese zum nächsten Termin mitzubringen oder in einem, sich vor dem Regionalkrankenhaus befindenden externen Laboratorium direkt gegen Barzahlung erstellen zu lassen. In diesem Laboratorium werden auch Schwangerschaftstest und verschiedene andere Laboruntersuchung, die das Spektrum des Regionalkrankenhaus überschreiten, durchgeführt. Diese diagnostischen Leistungen müssen von Patient_innen bezahlt werden („out-of-pocket“-Zahlungen). Zusätzlich gibt es eine Apotheke, die in einen dem *seguro popular de salud* zugeordneten Teil, und einen von diesem unabhängigen Teil aufgeteilt ist. Immer dann, wenn benötigte Medikamente nicht vom *seguro popular de salud* übernommen werden oder nicht vorrätig sind, müssen diese im unabhängigen Apothekenteil oder in einer privaten Apotheke vor dem Regionalkrankenhaus erworben werden („out-of-pocket“-Zahlungen).

Neben dem medizinischen Personal machen einen beträchtlichen Anteil des Personals Reinigungskräfte, Sozialarbeit_innen, Apothekenpersonal, Laborchemiker_innen und -assistent_innen, Personal des *seguro popular de salud*, Sicherheitspersonal, administrativ tätiges Personal, Handwerker_innen, Küchenpersonal und einige Krankenwagenfahrer_innen, aus.

5.4.7 Das Gesundheitszentrum von Coyutla

Der Gemeindebezirk Coyutla liegt am Fuß der Hochebene der Sierra de Totonacapan und ist über eine mehr oder weniger gut asphaltierte Landstraße mit dem benachbarten Espinal verbunden. Von der Hauptgemeinde Coyutla erreicht man ohne Umsteigestationen – dies ist in anderen Gemeindebezirken nicht immer der Fall – das Regional-

krankenhaus in Entabladero und die Referenzkrankenhäuser in Papantla und Poza Rica via Taxi oder Bus. Eine Fahrt nach Entabladero dauert ca. 20 bis 40 Minuten und kostet mit einem gemeinschaftlich genutzten Taxi 15 MXN¹²³ pro Person. Mit dem Bus dauert die Fahrt etwas länger und ist geringfügig günstiger. Hat man in dringenden Fällen nicht die Zeit zu warten, bis sich eines der wartenden Taxis füllt, bezahlt man ca. 70 MXN pro Fahrt, kommt dann jedoch auf direktem Weg nach Entabladero. Fahrten nach Papantla und Poza Rica sind entsprechend teurer und dauern länger (ca. 1,5 Stunden).



Abbildung 8: Gesundheitszentrum in Coyutla. Zu sehen sind einige Patientinnen die vor dem Eingang warten und rechts vom Gebäude eine Patientenschulung im Rahmen des CCTP *oportunidades*. (Quelle: eigene Aufnahme)

Das Gesundheitszentrum der Hauptgemeinde Coyutla im Gemeindebezirk Coyutla (Abbildung 8) ist eines der ältesten im Einzugsgebiet des Regionalkrankenhauses. Einer der ersten Ärzte im Gemeindebezirk teilte mir während eines Interviews mit, dass ein Gesundheitszentrum bei seiner Ankunft in Coyutla 1945 bereits vorhanden gewesen sei.

123 Offizielle Abkürzung für mexikanische Pesos

Insgesamt arbeiteten in Coyutla 2010 in den sechs medizinischen Einrichtungen 11 Ärzt_innen. Zwei Einrichtungen hiervon waren staatlich und beschäftigten insgesamt sieben Ärzt_innen. Die ungleichen Verhältnisse bezüglich des medizinischen Personals vor Ort zwischen Espinal und Coyutla sind auf die Präsenz des Regionalkrankenhauses in Entabladero, und den daraus resultierenden Stellenabbau in Coyutla zurückzuführen. Nicht verwunderlich ist daher, dass in Coyutla nur 0,5 Ärzt_innen pro 1.000 Einwohner_innen¹²⁴ zur Verfügung stehen.

Dies verdeutlicht sich zum einen in sehr langen, früh morgens beginnenden Wartezeiten, die den Tagesablauf der Patient_innen maßgeblich beeinflussen. Zum anderen begründet sich in der Überforderung des Gesundheitszentrums, die regelmäßige Präsenz von Patient_innen mit einfachen, unkomplizierten Symptomen und Krankheitsbildern in der Notaufnahme des Regionalkrankenhauses.

Die Personalkapazitäten im Gesundheitszentrum Coyutla zu beschreiben, stellt sich als kompliziert und unübersichtlich dar, da während meines Aufenthalts diverse Veränderungen vorgenommen wurden. Das Pflegepersonal beispielsweise, das während meiner Arbeit im Gesundheitszentrum anwesend war, wurde binnen drei Monaten bis auf wenige Ausnahmen ausgetauscht, sodass ich am Ende meiner Forschung ganz anderen Personen gegenüberstand, als noch zu Anfang.

Während meiner Feldforschung in Coyutla arbeitete ein Arzt oder eine Ärztin in der Frühschicht, der/die neben ca. acht Patient_innen mit Termin maximal weitere sechs bis sieben Patient_innen versorgte. Dies bedeutete, dass einige Patient_innen bereits gegen 5 Uhr morgens vor dem Gesundheitszentrum warteten, um einen der wenigen Sprechstundenplätze zu bekommen. Nicht selten wurde umsonst gewartet, da statt sieben nur sechs Sprechstunden durchgeführt werden konnten. Ab Mittag wurde diese_r durch die Direktorin, die einige Patient_innen mit Termin behandelte, unterstützt, insofern diese nicht mit administrativen Tätigkeiten beschäftigt war. Zusätzlich arbeitete in der Frühschicht ein Zahnarzt. Den Ärzten und Ärztinnen stand, neben ihrem Sprechzimmer, ein kleiner Untersuchungsraum für kleinere Wundversorgungen und gynäkologische Untersuchungen zur Verfügung. Das ärztliche Personal wurde jeweils durch eine Pflegekraft unterstützt. Weiteres Pflegepersonal war mit dem Impfen von Patient_innen beschäftigt oder zur Verteilung von Verhütungsmitteln und zur Vorbereitung der Patient_innen mit Termin eingesetzt. Des Weiteren fanden fast täglich verschiedene Patientenschulungen innerhalb des Programms *oportunidades* statt, die

124 In Mexiko war 2010 das Arzt-Patientenverhältnis 3.1 pro 1.000 Bewohner, in Deutschland standen pro 1.000 Bewohnern sogar 3,7 Ärzte und Ärztinnen zur Verfügung (OECD 2012)

von einer Gesundheitspromotorin (ehemals Krankenschwester) geleitet wurden.

Labor- und Blutuntersuchungen, außer Blutzuckerspiegel, wurden im Gesundheitszentrum in der Regel nicht durchgeführt, sodass Patient_innen zu diesem Zweck private Einrichtungen oder das Regionalkrankenhaus aufsuchen mussten. Blutproben zur Malaria- und Tuberkulosedagnostik wurden bei Verdacht entnommen und an eine zentrale Sammelstelle versandt.

Während der Feldforschung wurde vom Gesundheitsministerium eine breit angelegte Diagnostik schwangerer Frauen durchgeführt. Viele der Frauen erfuhren jedoch erst nach ihrem Geburtstermin die entsprechenden Ergebnisse bzw. waren gezwungen, aufgrund von Verzögerungen, sich trotzdem einer Laboruntersuchung in einem privaten Labor zu unterziehen.

Neben einigen wenigen Akutfällen, zum Beispiel Durchfallerkrankungen, kleinere Verletzungen etc., besteht ein großer Teil der Arbeit in der Untersuchung und Behandlung chronischer Erkrankungen, insbesondere Diabetes und Bluthochdruck, der Betreuung von Schwangerschaften, der Versorgung der Bevölkerung mit unterschiedlichen Methoden der Empfängnisverhütung und der Gesundheitsschulung der Bevölkerung zu den Themen Schwangerschaft und Geburt, Diabetes, Bluthochdruck, infektiöse Erkrankungen und Hygiene.

Tuberkulose ist bei der in Armut lebenden Bevölkerung verbreitet, sodass regelmäßig groß angelegte diagnostische Kampagnen (Sputumkontrollen) durchgeführt wurden. Ein weiteres Problem sind saisonal auftretende Dengue-Epidemien, die sich schnell ausbreiten und teilweise letale Folgen haben.

Da aufgrund mangelnden Personals nur eine Besetzung bis zum frühen Nachmittag möglich gewesen ist, war ein Großteil der arbeitenden Bevölkerung nicht in der Lage, die vom Gesundheitszentrum angebotenen Leistungen wahrzunehmen. An Wochenenden, nachmittags und nachts ist man in Coyutla an private Einrichtungen und das Regionalkrankenhaus im benachbarten Espinal gebunden. Am Ende meines Aufenthaltes hatte sich diese Situation etwas verbessert. Das medizinische Personal wurde um einen Arzt und eine Ärztin erweitert, sodass nicht nur mehr Sprechstunden durchgeführt werden konnten, sondern auch teilweise am Wochenende gearbeitet wurde.

5.4.8 Das Gesundheitszentrum von Filomeno Mata



Abbildung 9: Gesundheitszentrum in Filomeno Mata. Hinter dem Maschendrahtzaun befindet sich der Wartebereich. (Quelle: eigene Aufnahme)

Filomeno Mata ist in der Hochebene der Sierra de Totonacapan gelegen. Die Straße, die Tal und Hochebene verbindet, befindet sich witterungsbedingt in einem schlechten Zustand. Durch häufigen Platzregen kommt es zu Straßenschäden und -blockaden durch Erdbeben und Unterspülungen. Auf dem Weg zum Regionalkrankenhaus oder in die weiter entfernten urbanen Zentren müssen Reisende Coyutla durchqueren und dort nach einem kurzen Fußweg in ein anderes Taxi umzusteigen. Je nach Witterung, Verkehrsmittel und Tageszeit dauert die Fahrt von Filomeno Mata nach Entabladero ein bis zwei Stunden. Eine normale Fahrt ins Krankenhaus kostet ca. 35 MXN pro Person im Sammeltaxi oder 150 bis 200 MXN pro Taxi. Fahrten nach Poza Rica oder Papantla kommen für die wenigsten Bewohner_innen in Frage. Viele Informant_innen haben in ihrem Leben niemals die Hochebene verlassen.

In der Sierra de Totonacapan und der lokalen Presse erscheint Filomeno Mata als regionaler Brennpunkt. Die lokale Zeitung „Imagen del Golfo“ schreibt 2011 beispielsweise: „Die Krankengeschichte des Gemeindebezirks Filomeno Mata, [...] beinhaltet

Cholera, Rotavirus, Hepatitis und Unterernährung.“ (de Luna Gaona 2011). Für solche und andere Schlagzeilen ist der Gemeindebezirk im Umland bekannt und immer wieder wird auf soziale Missstände und neue Epidemien hingewiesen.

In Filomeno Mata arbeiten 15 Ärzt_innen, von denen 14 in staatlichen Einrichtungen tätig sind. Dies entspricht einem Verhältnis von 0,7 Ärzt_innen pro 1.000 Bewohner_innen (INEGI 2010).

Das Gesundheitszentrum (Abbildung 9) besteht aus zwei Gebäuden. Eines beinhaltet unter anderem vier Sprechzimmer, ein Schwesternzimmer, in dem Voruntersuchungen durchgeführt werden und ein Impfzimmer. Das andere Gebäude beherbergt einen Kreißsaal mit kleinem Warteraum für Angehörige und einen Raum für kleinere Interventionen (z.B. Wundversorgungen). Ein großer Unterschied, verglichen mit Coyutla, ist das Vorhandensein von einem Raum mit zwei Überwachungsbetten. Zusätzlich gibt es einen Raum für Patientenschulungen im Rahmen des Programms *oportunidades*.

Unter der Woche arbeiten im Gesundheitszentrum vormittags ein bis drei Ärzt_innen. Dem ärztlichen Personal sind bestimmte Areale des Gemeindebezirks zugeordnet. Fallen Ärzt_innen aus oder sind beurlaubt, bleiben die Bewohner_innen dieses Areals ohne medizinische Versorgung bzw. werden dann vom Direktor des Gesundheitszentrums sporadisch mitversorgt. Nachmittags ist ausschließlich ein_e Ärzt_in im Gesundheitszentrum anwesend, der auch einem konkreten Areal zugeordnet ist. Fünf bis sieben Personen des Pflegepersonals, examiniert oder noch in der Ausbildung, teilen sich gleichmäßig auf alle Teilbereiche auf. Unter der Woche arbeiten zwei Gesundheitspromotor_innen, die Patientenschulungen und persönliche Besuche bei Patient_innen und traditionellen Hebammen durchführen, um diese an entsprechende Termine oder Verordnungen zu erinnern. Der relative Personalmangel führt ähnlich wie in Coyutla zu langen Wartezeiten und Unzufriedenheit seitens des arbeitenden Personals. Nachts arbeitet kein medizinisches Personal, außer einer Krankenschwester, die alle zwei Tage eine Nachtwache übernimmt. Am Wochenende fährt das Personal nach Poza Rica oder Papantla, wo Familie und Freunde leben. Die wenigsten verbleiben in Filomeno Mata, sodass der Gemeindebezirk am Wochenende ohne medizinisches Personal auskommen muss.

6. Methodologie und Methoden

In diesem Kapitel werde ich methodologische Aspekte der Feldforschung ausarbeiten. Hierzu zählen, neben der theoretischen Auseinandersetzung mit den Themen „Methodologie und Methoden“, die praktische Anwendung der theoretischen Grundlagen im Feld. Die Gliederung dieses Kapitels besteht aus einem einführenden Abschnitt in die ethnologische Methodologie, einer Chronologie der Feldforschung und einem weiteren Abschnitt zur Erläuterung qualitativer Forschungsmethoden, der sich auf verschiedene zur Anwendung gekommene Einzel- und Gruppenbefragungstechniken konzentriert.

Es wird sich zeigen, dass das Repertoire an Methoden sinnbildlich einem „Werkzeugkasten“ (Knipper und Wolf 2004: 66) entspricht. Die Forschungsstrategie, in der die „Werkzeuge“ auf begründete Art und Weise zum Einsatz kommen, wird durch eine ständig zu hinterfragende und (sozial-)wissenschaftlich fundierte Methodologie gerechtfertigt. *„Der Begriff der Methodologie verweist [hingegen] auf den größeren Zusammenhang der Erkenntnisgenerierung insgesamt, welcher nicht die 'Einzel-Methode' sondern den Forschungsansatz umfasst, in dem diese möglichst sinnvoll anzuwenden und miteinander zu kombinieren sind. Die möglichst explizit definierte Methodologie ist im Idealfall das Ergebnis einer kontinuierlichen Reflexion über das Erkenntnisinteresse und die Art, dieses mit den gegebenen methodischen Werkzeugen möglichst optimal umzusetzen.“* (Knipper und Wolf 2004: 62).

6.1 Methodologie

Meiner Feldforschung liegen zwei Aufenthalte in der Region Sierra de Totonacapan zugrunde. Ein erster Aufenthalt fand von Juli bis September 2011 und ein zweiter von März bis September 2012 statt, wobei der erste Aufenthalt im Rahmen eines medizinischen Praktikums (Famulatur) durchgeführt wurde.

Noch vor der Abreise nach Mexiko wurde von mir der vorläufige Arbeitstitel „Möglichkeiten und Grenzen eines Dialoges zwischen traditioneller und westlicher Medizin: Interkulturelle Medizin in der Sierra de Totonacapan in Veracruz, Mexiko¹²⁵“ ausgewählt. Es war bereits zu Anfang das methodologische Interesse diesen Arbeitstitel an die (Zwischen-)Ergebnisse der Feldforschung anzupassen oder ggf. vollständig zu

125 Im spanischen Original: „Posibilidades y límites del diálogo entre medicina tradicional y occidental: Medicina intercultural en la Sierra de Totonacapan en Veracruz, México“

verwerfen.

Primäres Ziel des ersten Aufenthalts war zunächst nicht „*das Verhältnis der Bewohner zu ihrer eigenen Welt zu erfassen*“ (Kleining 1995: 20) wie es für die klassische¹²⁶ ethnologische Feldforschung zutrifft. Ziel war ein gezieltes „*going nativ*“¹²⁷ (Hirschauer und Amann 1997: 17) im Kontext eines medizinischen Praktikums ohne zielgerichtete Forschungstätigkeit. Die anfänglichen Herausforderungen waren u.a. das Auffinden einer Unterkunft, die Knüpfung sozialer Kontakte, die Integration in den Arbeitsalltag, das Entwickeln einer Routine, die Orientierung in der Region und der Umgang mit neuen Lebensumständen. Das beginnende „*Vertrautmachen mit dem Fremden*“ (Hirschauer und Amann 1997: 11), das in der Ethnologie Voraussetzung für die Feldforschung ist, muss demnach im Kontext meiner Tätigkeit als studentischer und zudem ausländischer Praktikant im Regionalkrankenhaus gesehen werden.

Mein Praktikantenstatus ergab sich im Hinblick auf die Möglichkeit einer „*andauernden teilnehmenden Beobachtung*“ als Voraussetzung für die Datenerfassung im Feld (Hirschauer und Amann 1997: 16). Ich konnte mich frei im Regionalkrankenhaus bewegen, nahm – soweit es meine Kompetenzen zuließen – eigenständig am Arbeitsalltag teil und genoss gleichzeitig den Stellenwert eines sich in der Ausbildung befindlichen Studenten, dessen vornehmliche Aufgabe im Beobachten und Nachfragen bestand. Für meine Forschungsinteressen war das gegebene Ausmaß der teilnehmenden Beobachtung somit ausreichend (Breuer 2010: 30). Anders als in der klassischen Ethnologie, die die umfassende Analyse der Lebensumstände einer Population in toto vorsieht (Kleining 1995: 20), war mein Forschungsinteresse auf die medizinische Versorgung der lokalen Bevölkerung ausgerichtet. Nichtsdestotrotz kann an dieser Stelle argumentiert werden, dass die Forschung in medizinischen Einrichtungen Rückschlüsse auf die sie umgebenden Lebensumstände zulässt, denn: „*die Biomedizin, und das Krankenhaus als dessen wichtigste Institution, sind Bereiche, in denen die zentralen Werte und Überzeugungen einer Kultur zum Vorschein kommen.*“ (Long et al. 2008: 72). Widergespiegelt werden solche „*zentralen Werte*“ beispielsweise im Kontext von Krankheit, Tod und Geburt¹²⁸.

Somit bietet mein Zugang nicht nur anhand seines Beitrags zur Entfremdung, sondern auch aufgrund der in medizinischen Einrichtungen gesammelten empirischen Daten, umfassende Einblicke in die lokale Realität.

126 Vgl. u.a. Kohl (2000: 100 ff), Lévi-Strauss (1993), Malinowski (2001).

127 Die Soziologen Hirschauer und Amann bezeichnen den Begriff „going nativ“ als „*soziale Form der Integration von Fremden in eine Lokalität*“ (Hirschauer und Amann 1997: 16-17). Der Entwicklungspsychologe Breuer spricht von „*(partieller) Nachsozialisation*“ (Breuer 2010: 24).

128 Vgl. Knipper und Wolf (2004)

Mit zunehmendem Progress wandelte sich mein Aufenthalt in ein „*Verfahren der Relevanzaufspürung*“ (Hirschauer und Amann 1997: 20), das einer fortlaufenden Selektion tendenzieller thematischer Schwerpunkte entsprach. Relevante Aspekte innerhalb des Feldes ergaben sich sowohl aus Beobachtungen als auch aus Widersprüchen und Verständnisproblemen, die zu neuen Fragen und Schwerpunktverschiebungen führten. Auf diesem Weg wurde die Relation zwischen Arbeitstitel und in der lokalen Realität des Feldes gegebenen Schwerpunkten hinterfragt und im Forschungsprozess zunächst verworfen¹²⁹. Nicht zu verleugnen ist jedoch, dass es während des Aufenthalts in der Sierra de Totonacapan zu einer Interessenverschiebung kam, durch die die Themen „Interkulturelle Medizin“ und „Traditionelle Medizin“ nicht gänzlich verworfen wurden, aber relativ gesehen zu neu aufkommenden Schwerpunkten an Relevanz verloren bzw. nur noch im Kontext dieser eine Rolle spielten. Zusätzlich zeigte sich, dass wenige meiner Informant_innen den Begriff „Interkulturelle Medizin“ kannten. Auf Nachfragen waren zwar einige Personen in der Lage Lehrbuchtexte zu rekapitulieren, ihr Verständnis der Begriffe Kultur und Ethnizität verließ eine essentialistische Betrachtung aber nie. Außerdem erkannte ich, dass die Gegenüberstellung von Beobachtungen und Interviews (Triangulation) Einblicke in essentielle Aspekte des täglichen Lebens (z.B. Ängste) und damit in die Möglichkeiten und Grenzen Interkultureller Medizin ermöglicht.

Einen tatsächlichen Umbruch meiner Forschung ergab die Aufarbeitung meines Aufenthalts nach meiner Rückkehr, dem „*coming home*“ (Hirschauer und Amann 1997: 28). Die Unterbrechung der Feldforschung, bestehend aus einer ausführlichen Auswertung der Daten anhand der aktuellen Fachliteratur und im Gespräch mit Dritten, führte zu einem thematischen Wandel der Forschung u.a. in Richtung reproduktive Gesundheit und Müttersterblichkeit.

Meine bis dato beschriebene Herangehensweise entspricht der Methodik¹³⁰ der „*Grounded Theory*“¹³¹, die ich nun in Kürze einführen werde. „*Grounded Theory*“

129 Nicht zu verleugnen ist jedoch, dass es während des Aufenthalts in der Sierra de Totonacapan zu einer Interessenverschiebung kam, durch die die Themen „Interkulturelle Medizin“ und „Traditionelle Medizin“ nicht gänzlich verworfen wurden, aber relativ gesehen zu neu aufkommenden Schwerpunkten an Relevanz verloren bzw. nur noch im Kontext dieser eine Rolle spielten.

130 Die Begründer der „*Grounded Theory*“ würden diese viel mehr selbst als Methodologie bezeichnen, da ich aber weitgehend eine eigene Methodologie vertrete und der „*Grounded Theory*“ in vielerlei Hinsicht methodologisch widerspreche, trifft dies im Kontext meines Forschungsvorhabens nicht zu. Als Methodik der „Relevanzaufspürung“ (Hirschauer und Amann 1997: 20) erbrachte mir die strukturelle Arbeitsweise hingegen große Vorzüge.

131 Der Begriff „*Grounded Theory*“ wird von mir im weiteren Verlauf ausschließlich im englischen Ori-

entstammt den 1960er Jahren und wurde im Kontext sozialwissenschaftlicher Forschung in medizinischen und psychiatrischen Kliniken entwickelt (Breuer 2010: 40). Der von den US-amerikanischen Soziologen Glaser und Strauss geprägte Begriff der „*Grounded Theory*“ beschreibt „*wie die Entdeckung von Theorie aus – in der Sozialforschung systematisch gewonnenen und analysierten – Daten vorangetrieben werden kann.*“ (Glaser et al. 2010: 19). Die Methodik der „*Grounded Theory*“ beruht weitgehend auf einem kontinuierlichen Wechsel zwischen Verständnis und Ereignisdeutung, dem „*hermeneutischen Zirkel*“ (Breuer 2010: 48). Ausgehend von einem apriorischen Konzept¹³² werden Erlebnisse, Beobachtungen und Meinungen während einer Phase der Ereignisdeutung analysiert. Die Ereignisdeutung führt zu einer Phase des Verständnisses, die wiederum Ausgangslage für die Deutung neuer, im weiteren Forschungsprozess aufkommender Daten und eine Veränderung des apriorischen Konzepts ist (Breuer 2010): 27-48).

In der „*Grounded Theory*“ produziert der „*hermeneutische Zirkel*“ Kategorien. Diese, aus dem empirischen Material abgeleiteten Kategorien („*Sampling*“), werden bezüglich aufkommender Widersprüche und Gemeinsamkeiten analysiert (Glaser et al. 2010: 61-92). Zur Archivierung und qualitativen Analyse des empirischen Materials wurde das Programm ATLAS.ti® verwendet. In meinem Fall hat die Anwendung der „*Grounded Theory*“ jedoch nicht die Theoriegenerierung aus dem empirischen Material zum Ziel.

Ziel ist die „*Relevanzaufspürung*“ innerhalb der lokalen Realität und diese nach und nach thematisch zu verdichten. Begründet wird dies anhand der zugrundeliegenden Methodologie. Anders als die in den Sozialwissenschaften häufig verfolgte Formulierung empirischer Verallgemeinerungen (Glaser et al. 2010: 42) sind der¹³³ modernen

ginal verwendet. Eine umschreibende Übersetzung entspricht einer „*auf empirisches Material gestützten Theorie*“ (Glaser et al. 2010: 16).

132 Das apriorische Konzept, auch „*Präkontext*“ (Breuer 2010: 48), umfasst vom Vorwissensstand, über bewusste Vorurteile, bis hin zu vorherigen Fremdheitserfahrungen, vom Forscher selbst mit ins Feld gebrachten Variablen, die den Forschungsprozess maßgeblich beeinflussen. Eine „*Tabula rasa-Theorie der Erkenntnis*“ erscheint nach allgemeinem Wissensstand unplausibel (Breuer 2010: 26).

133 Zur Einführung in die Ethnologie vgl. Kohl (2000). Kohl beschreibt die unterschiedlichen Begriffe, Völkerkunde, Ethnologie etc., wie folgt: „*Sie bestimmen jene Völker, Kulturen und Gesellschaften, mit denen sich die Ethnologie traditionell befasst hat, allesamt e negativo, nämlich nach Maßgabe dessen, was sie im Vergleich zu der unseren nicht sind.*“ Des Weiteren schreibt er, dass Ethnien „*für sich genommen durchaus heterogen sind und nur in Bezug auf unsere eigene Kultur eine homogene Einheit bilden.*“ (Kohl 2000: 26). Zur kritischen Betrachtung des Kulturbegriffes in der Ethnologie vgl. Wimmer (1996).

ethnologischen Methodologie¹³⁴ Verallgemeinerungen weitgehend¹³⁵ fremd (Hirschauer und Amann 1997: 20).

Diese Art der Feldforschung verlangt vom Forscher die Fähigkeit „*die eigenen Selektionen bis auf weiteres für das Unerwartete offen und begriffliche Festlegungen für das Überraschende reversibel zu halten.*“ (Hirschauer und Amann 1997: 20-21). Außerdem führt sie durch eine bewusst provozierte örtliche „*Oszillation*“ (Breuer 2010: 30) zwischen „*going native*“ und „*coming home*“, Entfremdung und Befremdung, nicht nur zur Möglichkeit einer ausgedehnten Analyse des empirischen Materials, sondern wirkt gleichzeitig auch der voranschreitenden Gewöhnung durch Routine entgegen (Knipper 2003: 83).

Mittels dieser Beschreibung wird deutlich, dass die Formulierung einer spezifischen Fragestellung innerhalb der „*Grounded Theory*“ zu Beginn nicht möglich ist, sondern sich induktiv-sukzessiv aus dem Forschungsprozess ergibt.

Innerhalb der ethnologischen Methodologie kann von einer geplanten Subjektivität gesprochen werden (Hirschauer und Amann 1997: 17 und Meyer 2007: 163-164). Nichtsdestotrotz muss im Kontext ethnologischer Forschung jede durch empirische Daten begründete Erkenntnis einer Validitätsprüfung¹³⁶ unterzogen werden.

Zu diesem Zweck dienen Reflexivität und methodische Triangulation (Meyer 2007: 165). Reflexivität bezeichnet die Berücksichtigung der Beeinflussung durch den Forscher selbst und dessen Ergebnisse (Knipper und Wolf 2004: 68). Methodische Triangulation meint die kritische Anwendung und Kombination unterschiedlicher Methoden. Ein Forschungsobjekt wird sich in Abhängigkeit der zur Anwendung kommenden Methode auf unterschiedliche Weise präsentieren. Diese Präsentation wird durch die jeweilige Methode „*mit-konstruiert*“, sodass es sinnvoll ist Methoden zu

134 Die Unterscheidung in ethnologische und soziologische Methodologie macht selbstverständlich ohne eine quellenkritische Betrachtung wenig Sinn. Hier ist zum Beispiel der Soziologe Dirk Baecker zu nennen, der den Kulturbegriff als unbestimmt beschreibt und sagt „*diese Unbestimmtheit ist eine sachliche Unbestimmtheit*“. Gleichzeitig stehen diesem methodologisch nutzbar gemachten Kulturbegriff zahlreiche Ethnologen und Anthropologen gegenüber, die einen essentialistischen Kulturbegriff prägen (Randeria 1999: 94). Es kann zusammengefasst werden, dass die zur Anwendung gekommene Methodologie auf den zur Anwendung gekommenen Kulturbegriff ausgerichtet ist.

135 Die Soziologen Hirschauer und Amann schreiben treffend über die empirischen Sozialwissenschaften „*Es liegt eine doppelte Erwartung vor: zum einen die Erwartung, dass jedes Feld über eine Sozio-Logik, eine kulturelle 'Ordentlichkeit' verfügt, zum anderen die Erwartung, dass in der schrittweisen Positionierung und 'Eichung' der Ethnographin im Feld diese Sozio-Logik handhabbar gemacht und empirisches Wissen mobilisiert werden kann.*“ (Hirschauer und Amann 1997: 20).

136 Vgl. Meyer (2007)

kombinieren, die unterschiedliche Perspektiven zulassen (Flick 1995: 433). In einigen Fällen werden sich Bedeutung und Struktur der gewonnenen Daten anhand der Triangulation verdichten und in anderen wird die Triangulation Anstoß für neue Fragen und mögliche Erkenntnis geben.

6.2 Chronologie der Feldforschung

Ziel des ersten Aufenthalts in der Sierra de Totonacapan (Juli - September 2011) war es, herauszufinden inwieweit das in Deutschland formulierte Thema für einen expliziten Forschungsaufenthalt von Bedeutung sein würde. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen einer Kooperation mit dem mexikanischen Projekt „InterSaberés¹³⁷“, in Zusammenarbeit mit der Projektleitung, namentlich Prof. Dr. Gunther Dietz, und dem Gießener Institut für Geschichte der Medizin, dort unter Anleitung von PD Dr. Michael Knipper, ein Praktikum im Regionalkrankenhaus in Entabladero organisiert und durchgeführt.

Der zweite Aufenthalt (März - September 2012) diente ausschließlich meinem wissenschaftlichen Interesse. Auch wenn, gerechtfertigt durch die beschriebene Methodologie, zunächst kaum ersichtliche Unterschiede zwischen dem ersten und zweiten Aufenthalt erkennbar waren.

In der Sierra de Totonacapan, lebte ich den Großteil meiner Zeit in der Gemeinde Entabladero. Dort war das Regionalkrankenhaus „Hospital de la Comunidad Entabladero“ lokalisiert. In einem kleinen Haus, unweit des Regionalkrankenhauses, wohnte ich zusammen mit einem Mitarbeiter des Krankenhauses¹³⁸ in direkter Nachbarschaft mit den Bewohnern der Gemeinde. Mit Hilfe meines Mitbewohners lernte ich verschiedene Mitarbeiter des Regionalkrankenhauses beruflich und privat kennen. Darüber hinaus knüpfte ich Kontakte zu großen Teilen der Allgemeinbevölkerung Entabladeros. Während meiner Zeit in Entabladero hatte ich beispielsweise täglich Kontakt mit einer indigenen Familie, die vor knapp 10 Jahren nach Entabladero

137 Intersaberés ist ein Projekt in Zusammenarbeit der Universidad Veracruzana, dem Consejo Nacional de ciencia y Tecnología und dem Instituto de Investigación en Educación Universidad Veracruzana, das sich selbst als „Dialog zwischen Akteuren aus Lehre und Gesellschaft über Wissen, Anwendungen und Leistungen: eine reflexive Ethnographie der interkulturellen Hochschulbildung in Veracruz“ bezeichnet. Vgl. <http://www.intersaberés.org/>

138 Diesen Mitarbeiter lernte ich während meines ersten Besuchs des Regionalkrankenhauses kennen. Er arbeitet seit ca. 1 Jahr im Büro des *seguro popular de salud* und hatte somit zum einen durch seine Tätigkeit im Regionalkrankenhaus täglich Kontakt zum medizinischen Personal und einem Großteil der Patient_innen. Zum anderen nahm er an regelmäßigen Exkursionen in unterschiedliche Gemeinden im Rahmen des *seguro popular de salud* teil, wobei ich ihn gelegentlich begleitete.

gezogen war und durch Landarbeit und den Betrieb eines kleinen Lebensmittelgeschäfts in der Nähe des Regionalkrankenhauses ihren Lebensunterhalt sicherte.

Situationen, Bemerkungen und Verständnisprobleme dokumentierte ich abends täglich in meinem Feldtagebuch und diskutierte im Privaten mit meinem Mitbewohner und anderen Bekannten für meinen Forschungsprozess relevante Aspekte des Alltags. Die tägliche Dokumentation erfolgte während beider Aufenthalte. Dokumentiert wurden vor allem Beobachtungen, Gedächtnisprotokolle, Zitate, neu auftretende Fragen und der Forschungsprozess.

Die erste Feldforschung während des zweiten Forschungsaufenthalts fand in der Gemeinde Coyutla statt. In Coyutla (März - April 2012) bestand meine Tätigkeit hauptsächlich in der Teilnahme an verschiedenen Sprechstunden und Informationsveranstaltungen im Rahmen des CCTP *oportunidades*. Während der Feldforschung im Gesundheitszentrum reiste ich jeden Tag zusammen mit einer bekannten Krankenschwester des Gesundheitszentrums nach Coyutla. Während dieser Phase der Forschung begann ich außerhalb der medizinischen Einrichtung erste Gespräche und Interviews mit den Einwohner_innen, Patient_innen und lokalen traditionellen Heiler_innen (u.a. traditionelle Hebammen) durchzuführen. Hauptsächlich begrenzte sich die Feldforschung in Coyutla aber auf die teilnehmende Beobachtung und informelle Informationen innerhalb des Gesundheitszentrums. Als besonders fruchtbar für die Forschung müssen Informationsveranstaltungen für schwangere Frauen erwähnt werden, die sich spontan zu Diskussionen wandelten.

Anschließend an die Zeit in Coyutla begann ich eine einmonatige Feldforschung im Regionalkrankenhaus (April - Mai 2012). Während dieser Zeit arbeitete ich in der Notaufnahme und dem Kreißsaal. Ich war tagtäglich an der Betreuung von ca. ein bis vier Geburten und acht bis zehn schwangeren ambulanten Patientinnen mitbeteiligt. Methodisch entsprach die Feldforschung in Entabladero der in Coyutla.

Im Anschluss an diese beiden teilnehmenden Beobachtungen entfernte ich mich einige Zeit aus dem Feld zur Auswertung des empirischen Materials und zur Ausarbeitung eines Zwischenberichts („*coming home*“). Während dieser Phase der Forschung diskutierte ich meine Daten und Ergebnisse mit dem Feld fremden Personen (u.a. M. Knipper, G. Dietz und F. Pancardo Escudero¹³⁹). Im Zuge dieser Gespräche und der

139 Herr Pancardo Escudero arbeitete für die „Universidad Veracruzana Intercultural“ (UVI) in der Gemeinde Espinal als Dozent. Der approbierte Arzt unterrichtete Studenten u.a. zu den Themen Inter-

konzentrierten Auseinandersetzung mit dem empirischen Material entwickelten sich erste Schwerpunkte und Leitfragen für die im weiteren Verlauf fokussierten semi-strukturierten Interviews.

Nach Beendigung des Zwischenberichts und Ausarbeitung eines ersten Fragenkatalogs¹⁴⁰ zur Durchführung semi-strukturierter Interviews zog ich für zwei Monate (Juni - Juli 2012) nach Filomeno Mata, wo ich aufgrund der Hilfe eines Mitarbeiters des Regionalkrankenhauses, der einige Zeit dort beschäftigt gewesen war, schnell Vertrauen zum medizinischen Personal des Gesundheitszentrums aufbauen konnte.

Der Zeitraum der Feldforschung in Filomeno Mata wurde von mir bewusst länger gewählt als in Entabladero und Coyutla, da ich genug Zeit haben wollte mögliche methodische Probleme mit den geplanten semi-strukturierten Interviews zu lösen. Außerdem befürchtete ich einen erschwerten Zugang, basierend auf der bestehenden Sprachbarriere¹⁴¹.

Zur Überbrückung der Sprachbarriere, die anderenfalls Interviews mit einem großen Anteil der Bevölkerung unmöglich gemacht hätte, beschäftigte ich eine weibliche Dolmetscherin aus Filomeno Mata. Sie unterstützte mich bei Interviews mit der Totonaco sprechenden Bevölkerung und wurde gleichzeitig zu einer meiner wichtigsten Informantinnen¹⁴². Außerdem erleichterte sie mir durch umfangreiche Kontakte das „going native“ in Filomeno Mata. Zum Zweck der Reflexion der durchgeführten Interviews wurde jedes Interview aufgearbeitet, um Verständigungsprobleme zwischen ihr und mir zu diskutieren und möglicherweise zu bereinigen. Dieser Prozess führte zu einer fortlaufenden Optimierung sowohl des Fragenkatalogs als auch der Interviews selbst.

kulturelle Medizin und traditionelle Medizin, außerdem war er in einige lokale Projekte involviert und arbeitete im Kooperationsprojekt „InterSabereres“ aktiv mit. Er stellte mich bei verschiedensten Schlüsselpersonen vor und ermöglichte bzw. vereinfachte somit administrative Teile der Feldforschung. Während meiner Zeit in der Sierra de Totonacapan traf ich mich regelmäßig zu umfangreichen Gesprächen mit ihm.

140 Vgl. 9.3 Fragenkataloge

141 Über 30% der Bevölkerung in Filomeno Mata spricht kein Spanisch, weit über 90% sprechen Totonaco (INALI 2008: 26).

142 Meine Dolmetscherin hatte ich bereits vor dem Aufenthalt in Filomeno Mata im Regionalkrankenhaus kennen gelernt. Im Rahmen eines aufschlussreichen informellen Gesprächs war sie mir aufgefallen, sodass ich sie im Verlauf um Unterstützung bat. Während unserer Zusammenarbeit stellte sich heraus, dass ihre eigene Großmutter eine renommierte traditionelle Hebamme und Heilerin der Gemeinde gewesen war. Außerdem ermöglichte mir unsere Zusammenarbeit den Zugang zu ihrer Familie. In diesem Rahmen waren vor allem Gespräche mit ihrer Mutter, die sehr lange nach dem Tod der Schwiegermutter auf der Suche nach einer traditionellen Hebamme gewesen war, empirisch wertvoll.

Abschließend führte ich strukturierte Interviews mit Teilen des medizinischen Personals in allen drei Gemeinden durch (August - September 2012). Diese Interviews konzentrierten sich auf zwei thematische Schwerpunkte: Müttersterblichkeit und das kulturelle Verständnis. Des Weiteren hielt ich drei Vorträge, die vorläufige Ergebnisse meines Forschungsaufenthalts dem lokalen medizinischen Personal näher brachten und Raum zur Diskussion gaben.

6.3 Methoden

Während der Feldforschung kamen insgesamt zwei Arten von Interviews, die sich durch das Ausmaß der vor Beginn des Interviews getroffenen Vorbereitungen unterscheiden, zum Einsatz. Durchgeführt wurden semi-strukturierte Interviews und strukturierte Interviews. Diese Interviews fanden gewöhnlich nur mit einer Person statt und werden daher von mir als Einzelinterviews bezeichnet. Des Weiteren kamen während des Forschungsaufenthalts Gruppen-Interviews in Form von Fokus-Gruppendiskussionen (FGD) zur Anwendung.

Im Verlauf werden diverse Aussagen als „Informelle Informationen“ betitelt. Diese unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Struktur von den oben genannten Interviews. Informelle Informationen entspringen einer natürlichen sozialen Umgangsform und sind für den Forscher Ursprung tendenzieller thematischer Schwerpunkte. Auch wenn „Informelle Informationen“ essenziell sind und während des gesamten Forschungsaufenthalts unumgänglich „passieren“, verlieren sie im Verlauf immer mehr an Bedeutung.

6.3.1 Einzelinterviews

Im Verlauf der Feldforschung kamen alle zwei oben genannten Arten von Einzelinterviews zum Einsatz. Sie folgten dabei einer groben chronologischen Anordnung, die der induktiven Methodologie der Forschung entspringt. Der „Chronologie der Feldforschung“ ist zu entnehmen, dass semi-strukturierte Interviews zunächst sehr zurückhaltend durchgeführt wurden. Erst nach dem Ausarbeiten eines Fragenkataloges¹⁴³ wurden semi-strukturierte Interviews gezielt umgesetzt.

Während der gesamten Feldforschung wurden von mir insgesamt 60 semi-strukturierte

143 Vgl. 9.3 Fragenkataloge

Interviews im Umfang von ca. 10 bis 60 Minuten geführt (Tabelle 2). 32 Interviews wurden mit medizinischem Personal, 10 Interviews mit traditionellen Hebammen und 18 Interviews mit Patient_innen¹⁴⁴, Angehörig_innen und anderen Teilen der lokalen Bevölkerung durchgeführt. Einige Informant_innen wurden mehrfach interviewt. Als Patient_innen gelten Informant_innen, wenn das Interview in einer medizinischen Einrichtung geführt wurde, in der sie sich zu diesem Zeitpunkt in Behandlung befanden. Patient_innen wurden nach aufschlussreichen Beobachtungen spontan um Interviews gebeten, und bei Möglichkeit zuhause erneut kontaktiert. Häufig kam es zu Folgeinterviews. In diesen Fällen werden solche Informant_innen weiterhin als Patient_innen geführt.

Angemerkt werden muss, dass nicht alle Interviews im Ergebnisteil verwendet wurden. Dies kann durch inhaltliche Überschneidungen und die Güte der jeweiligen Einzelinterviews erklärt werden. Interviews mit medizinischem Personal wurden hauptsächlich in der jeweiligen medizinischen Einrichtung geführt.

	Coyutla	Filomeno Mata	Entabladero	Insgesamt
Ärztliches Personal	3	9	5	17
Pflegepersonal	3	1	5	9
Sonstiges med. Personal	1	4	1	6
Traditionelle Hebammen	2	7	1	10
Lokale Bevölkerung	5	6	1	12
Patient_innen	2	2	2	6
Insgesamt	16	29	15	60

Tabelle 2: Semi-strukturierte Interviews

Zwei verschiedene Auswahlverfahren kamen zum Einsatz. Einige Informant_innen wurden gezielt von mir ausgewählt. In anderen Fällen wurde das in der Fachliteratur als „*Snowball Sampling*“ bezeichnete Aufsuchen einer Person mittels Informationen einer zuvor interviewten Person angewandt. Immer dann, wenn Informant_innen schwierig zu erreichen sind und der/die Interviewende, um möglichst umfassende Informationen zu erhalten, bei der Suche nach diesen auf die Hilfe bereits bekannter

144 Als „Patient_innen“ gelten Informant_innen nur, wenn das Interview in einer medizinischen Einrichtung geführt wurde, in der sie sich zur Behandlung befanden. Häufig kam es zu Folgeinterviews. In diesen Fällen werden solche Informant_innen weiterhin als „Patient_innen“ geführt.

Informant_innen angewiesen ist, kommt dieses Verfahren zur Anwendung (Atkinson und Flint 2001: 1). Ein großer Teil der lokalen Bevölkerung, traditionelle Hebammen inbegriffen, standen Fremden aufgrund individueller und kollektiver Erfahrungen zunächst zurückhaltend gegenüber. Interviews, z.B. mit traditionellen Hebammen, entwickelten sich dann, wenn zwischen mir und diesen ein_e Vermittler_in, in Form einer verwandten oder bekannten Person, agierte. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die Entscheidung Informant_innen zu interviewen, selten völlig zufällig getroffen wurde.

In der Regel ist es auf diese Weise nicht möglich eine Randomisierung vorzunehmen, da weiterführende Empfehlungen durch Interviewte linear gerichtet durch die Bevölkerung verlaufen (Cohen und Arieli 2011). In einigen Fällen, beispielsweise Narrationen in denen mehrere verschiedene Personen relevant sind, kann das „*Snowball Sampling*“ jedoch auch multidirektional verlaufen, zu verschiedenen Informant_innen führen und somit weitläufige Einblicke in einen Sachverhalt ermöglichen.

Von August bis September 2012 führte ich insgesamt 22 strukturierte Interviews mit dem medizinischen Personal aller drei untersuchten Einrichtungen durch (Tabelle 3). Interviewt wurden Ärzt_innen, Fachärzt_innen, Laborchemiker_innen, Sozialarbeiter_innen, Pfleger und Krankenschwestern aus allen Bereichen. Zum Ende der Feldforschung verweigerten leider viele Ärzt_innen in Filomeno Mata die Teilnahme an strukturierte Interviews. Es wird von mir angenommen, dass sie dazu Anweisung erhielten.

	Coyutla	Filomeno Mata	Entabladero	Insgesamt
Ärztliches Personal	3	0	6	9
Pflegepersonal	3	2	5	10
Sonstiges med. Personal	0	0	3	3
Insgesamt	6	2	14	22

Tabelle 3: Strukturierte Interviews

6.3.2 Gruppeninterviews

Unter Gruppeninterviews verstehe ich alle Interviews, gleich ihres Strukturierungs-

grades, an denen mehrere Informant_innen teilnehmen. Hierzu kann schon ein Interview zwischen mir und einem Ehepaar gezählt werden. Diese Art der Interviews wurden von mir nicht geplant, sondern entstanden in aller Regel spontan. Unabhängig von der gegebenen Ausgangssituation ermöglicht das Gruppeninterview kollektive Diskurse und Interaktionsdynamiken zu erfassen (Greifeld 2003: 82). Ausgangssituation können dabei sowohl Gesprächen mit Patient_innen im Wartezimmer als auch Gruppeninterviews im Familienverband entsprechen. Außerdem lassen Gruppeninterviews Rückschlüsse auf Einzelinterviews zu, da Einzelmeinungen häufig in Realgruppen entstehen (Dreher und Dreher 1995: 186). Das methodische Spektrum bietet die Möglichkeit solche Situationen gezielt zu provozieren. Hierzu zählt die Methode der Fokus-Gruppendiskussion (FGD).

Anders als bei Gruppeninterviews, die sich bezüglich ihrer Ausführung nur durch die Anzahl der Informant_innen von Einzelinterviews unterscheiden, obliegt der FGD ein expliziter methodologischer Rahmen. Bei dieser Methode handelt es sich, gemäß Morgan, um „eine Forschungstechnik, der die Diskussion über ein durch den Forscher determiniertes Thema als Datenquelle dient“¹⁴⁵ (Morgan 1996: 130). Wobei das Ausmaß der Beteiligung des Forschers entscheidet, ob es sich eher um eine Fokus-Gruppendiskussion oder ein Fokus-Gruppeninterview handelt. Die Qualität der Daten hängt streng von der Zusammensetzung der Gruppe und dem Forscher in seiner Moderatorrolle ab (Dreher und Dreher 1995: 187). Im Voraus muss sich der Forscher demnach Gedanken über seine Motivation, den thematischen Fokus, die Gruppengröße, den Ort etc. machen, sollte aber bezüglich der Anwendung flexibel und in einer übergeordneten Methodologie verankert, agieren.

Ich führte während des zweiten Forschungsaufenthalts insgesamt drei FGD mit Patientinnen im Gesundheitszentrum in Coyutla im Rahmen von Informationsveranstaltungen (*oportunidades*) für schwangerer Frauen durch. Die Teilnehmeranzahl belief sich auf jeweils 15-18 schwangere Frauen¹⁴⁶. Lediglich bei einem Termin war ein Ehemann als Begleitung seiner Ehefrau anwesend. Eine in Filomeno Mata geplante FGD verlief frustrierend, da die sonst in Einzelgesprächen sehr redseligen Teilnehmerinnen nicht bereit waren, sich innerhalb des Gesundheitszentrums in Anwesenheit des medizinischen

145 Im englischen Original: „[...] focus groups as a research technique that collects data through group interaction on a topic determined by the researcher.“ (Morgan 1996: 130).

146 In der Fachliteratur finden sich Angaben über die Spannweite der Gruppenstärke einer FGD. Dort heißt es, dass die Größe einer FGD an die zu diskutierende Thematik angepasst werden muss und emotionale Themen – z.B. Schwangerschaft und Geburt – eher kleine Gruppen bedürfen (Morgan 1996: 146). Ich entschied mich bewusst für eine überdurchschnittlich große Gruppe, um die Vertrautheit der Situation innerhalb der bekannten *oportunidades*-Gruppe zu wahren.

Personals und eines Fremden zu den Themen Schwangerschaft und Geburt zu äußern. Nichtsdestotrotz ergab die teilnehmende Beobachtungen Aufschlüsse über die Beziehung zwischen schwangeren Frauen und medizinischem Personal. Die abschließenden drei Vorträge für das medizinische Personal können im engeren Sinne auch als FGD verstanden werden.

7. Darstellung des empirischen Materials

Dieses Kapitel beinhaltet die im Hinblick auf die Fragestellungen wesentlichen Teile des während der Feldforschung gesammelten empirischen Materials. Dieses entstammt sowohl der teilnehmenden Beobachtung, als auch unterschiedlichen qualitativen Methoden. Zitate und Beobachtungen, die in diesem Kapitel verwendet werden, wurden von mir im Hinblick auf ihre Aussagekraft bezüglich der Fragestellungen und der lokalen Realität ausgewählt. Dies bedeutet zugleich, dass die Auswahl des empirischen Materials bewusst nicht auf quantitativen Charakteristika aufbaut, sondern versucht, thematische Schwerpunkte zu verfolgen und die jeweils angesprochenen Themen explizit aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten.

7.1 Ethnografische Annäherung an die Basisgesundheitsversorgung

In der Regel kommen schwangere Patientinnen erst nach dem 3. bis 5. Monat in das ihnen zugeordnete Gesundheitszentrum. Gemäß der Aussage verschiedener traditioneller Hebammen lässt sich dies paradoxerweise durch häufige Fehlgeburten bzw. Frühaborte¹⁴⁷ begründen.

Gerade in Filomeno Mata, dem Gemeindebezirk mit augenscheinlich dem höchsten Risiko für Mutter und Kind, verärgert die teilweise sehr große Zeitverzögerung bezüglich des ersten Kontakts das medizinische Personal. Viele der Routinemaßnahmen (z.B. Eisen- und Folsäuresubstitution) können nicht rechtzeitig durchgeführt werden. Außerdem reicht so die Zeit für die (von der UN) vorgesehenen vier pränatalen Untersuchungen¹⁴⁸ nicht aus.

147 Epidemiologische Daten aus Deutschland zeigen, dass 15-22% der über 35 Jährigen Frauen und 7-8% der unter 30 Jährigen Frauen einen Spontanabort bei ihrer ersten Schwangerschaft erleiden (Baltzer 2004: 204). Die Daten sind nur eingeschränkt vergleichbar, da in der Sierra de Totonacapan die meisten Frauen bereits vor dem 20. Lebensjahr ihr erstes Kind bekommen. Außerdem sind aufgrund der Häufigkeit von Schwangerschaft per se mehr Fehlgeburtsfälle pro Person zu erwarten.

148 Laut UN ist zwar die Rate der Frauen gestiegen, die während der Schwangerschaft mindestens einmal pränatal untersucht wurden. Die empfohlenen vier pränatalen Untersuchungen werden jedoch in den wenigsten Fällen durchgeführt. In Lateinamerika lag der Anteil der Frauen mit vier Untersuchungen 2009 bereits bei 84% (UN 2012: 30-31).

Ein Arzt aus Filomeno Mata beschwert sich während einer Unterhaltung vehement über das Verhalten seiner Patientinnen. Er beschreibt, warum aus seiner Sicht die Frauen ihre Kinder verlieren:

„Sie merken es nicht, weil die Mehrheit der Patientinnen nicht losgeht und sich einen Ultraschall machen lässt. Sie trauen sich nicht zu reisen! Sie werden sich nicht mal ihre Laboruntersuchung machen lassen, [...] die Mehrheit kann nicht reisen, sie wollen einfach nicht. Sie machen keine Untersuchungen, keinen Ultraschall, nichts! Darum vergeht so viel Zeit, sie sind überfällig und wenn die Wehen anfangen ist das Kind schon tot.“
(P.17.2)

Er ist wütend über seine Patientinnen, da diese in seinen Augen ihr eigenes und das Leben des ungeborenen Kindes aufs Spiel setzen, wenn sie keine Schwangerschaftsdiagnostik durchführen lassen.

Eine Informantin rechtfertigt das lange Abwarten, trotz vermuteter Schwangerschaft, indem sie mir erklärt, dass eine Fehlgeburt für die Bewohner ihrer Gemeinde eine „große Sünde“ (P14.1) bedeutet. Aus diesem Grund wird, da die „große Sünde“ vor anderen geheim gehalten werden soll, in den vulnerablen ersten Monaten ärztliches Personal gemieden.

Eine traditionelle Hebamme aus Filomeno Mata, die sehr eng mit dem Gesundheitszentrum zusammenarbeitet und von Teilen des medizinischen Personals empfohlen und gelobt wird, erklärt warum ihrer Meinung nach die meisten Frauen in den ersten Monaten nicht das Gesundheitszentrum aufsuchen:

„Nach 3 Monaten gehen sie ins Gesundheitszentrum und der Arzt beginnt sie abzutasten [span. sobar¹⁴⁹] und es gibt ein paar die sind dick, sodass der Arzt nicht fühlt, ob sie schwanger sind, dann schickt er sie nach Entbladero, damit sie einen Schwangerschaftstest [span. análisis¹⁵⁰]

149 Das im Spanischen benutzte Verb „sobar“ wird vornehmlich im Kontext der Hebammentätigkeit benutzt. Die Hebammen bestätigen anhand des „Abtastens“ ungewisse Schwangerschaft oder verändern durch gezielte Massagen des Bauches die intrauterine Lage des ungeborenen Kindes. Während der gesamten Schwangerschaft sind diese Massagen ein prinzipieller Teil der Hebammentätigkeit, der im Verlauf fortgeführt wird um u.a. die Entwicklung des Kindes im Mutterleib zu beurteilen. Normalerweise wird diese Maßnahme nicht der institutionellen Versorgung zugeordnet.

150 Generell wird unter dem spanischen Wort „análisis“ jegliche Laboruntersuchung, als auch der Schwangerschaftstest verstanden. In diesem Fall ergibt der Kontext und weiterer Inhalt des Zitats die Bedeutung Schwangerschaftstest.

machen. Bei den Personen, die dünn sind, fühlt man ob sie Schwanger sind. Bei einer dicken wirst du es nicht fühlen und dann machen sie einen Schwangerschaftstest. Das ist was die Frauen nicht wollen! Wenn ich sie hier abtaste, wollen sie noch nicht ins Gesundheitszentrum, sie wollen erst wissen, ob sie schwanger sind. Wenn sie bis zum 2. Monat keine Menstruation haben und auch bis zum 3. nichts passiert, dann sind sie schwanger. Innerhalb von vier bis fünf Monaten schicke ich sie dann ins Gesundheitszentrum. Dann fühlen sie sich bereits besser und niemand wird sie einen Schwangerschaftstest machen lassen. Sie werden eine Untersuchung bekommen, weil man nun schon das Baby spüren kann. Die Frauen wollen nicht im 2., nicht mal im 3. Monat hingehen, weil man sie wegschickt um einen Schwangerschaftstest zu machen.“ (P82)

In Filomeno Mata ist es üblich, dass eine Frau während ihrer Schwangerschaft sowohl durch eine traditionelle Hebamme, als auch durch das ärztliche Personal des Gesundheitszentrums betreut wird. Den ersten Kontakt zu der Schwangeren hat jedoch meistens die Hebamme und sie ist maßgeblich in die Entscheidung involviert, wann der günstigste Moment gekommen ist, das Gesundheitszentrum aufzusuchen. Das dieser Moment teilweise erst nach dem 5. Schwangerschaftsmonat eintritt, liegt neben religiös motivierten Begründungen („große Sünde“ (P14.1)), auch an ökonomischen Gründen. Viele Familien leben in Armut. Schwangerschaftstest müssen jedoch von den Patientinnen selbst bezahlt werden, außerdem erfordern sie eine Fahrt nach Coyutla, die ebenfalls Kosten verursacht. Bekannt ist jedoch, dass im Gesundheitszentrum nach dem 5. Schwangerschaftsmonat keine Schwangerschaftstests mehr angeordnet werden, sodass schwangere Patientinnen Kosten und die unangenehme Fahrt ins Tal umgehen können, indem sie zu Anfang ihrer Schwangerschaft das Gesundheitszentrum meiden.

In Coyutla wird selten bis zum 5. Schwangerschaftsmonat mit dem ersten Arztkontakt gewartet. Dennoch beschwert sich auch dort das medizinische Personal über lange Verzögerungen. Auch in Coyutla existieren finanzielle oder spirituelle Beweggründe das Gesundheitszentrum zu meiden, dennoch unterscheidet sich das Verhalten während der Schwangerschaft grundlegend von den Verhältnissen in Filomeno Mata. Zum einen gibt es in Coyutla nur sehr wenige traditionelle Hebammen, sodass eine Doppelbetreuung selten der Fall ist, zum anderen gibt es vor Ort unterschiedliche Möglichkeiten einen Schwangerschaftstest durchzuführen. Somit ist man nicht gezwungen, bei

vermuteter Schwangerschaft das Gesundheitszentrum aufzusuchen oder seinen Gemeindebezirk zu verlassen.

Während der pränatalen Untersuchungen in den Gesundheitszentren – hier gibt es kaum Unterschiede zwischen den beiden Gemeindebezirken – werden den Patientinnen u.a. Eisenpräparate und Folsäure verschrieben, der voraussichtliche Geburtstermin berechnet, die Herzfrequenz von Kind und Mutter gemessen, der Abstand zwischen Symphyse und Uterusfundus bestimmt, außerdem wird nach Beschwerden wie Übelkeit und Erbrechen gefragt und im Anschluss eine Tetanusimpfung und – zumindest in Coyutla – eine zahnärztliche Untersuchung durchgeführt. Alle Daten werden dokumentiert und jeweils bei folgenden Untersuchungen mit neuen Daten verglichen. In der Regel wird zusätzlich ein Folgetermin ausgemacht und eine Überweisung an die Gynäkologin des Regionalkrankenhauses, die mindestens einmal vor geplantem Geburtstermin konsultiert werden soll, ausgestellt. Außerdem wird von den Patientinnen gefordert, dass sie sich einen Ultraschall anfertigen lassen und noch ausstehende Schwangerschaftsdiagnostik nachholen. In Fällen in denen abzusehen ist, dass eine weitere pränatale Untersuchung im Gesundheitszentrum unrealistisch ist, wird in Coyutla eine undatierte Überweisung ans Regionalkrankenhaus ausgestellt, sodass Frauen „problemlos“ am Tag ihrer Geburt in die Notaufnahme des Regionalkrankenhauses aufgenommen werden können.

In Filomeno Mata werden schwangere Frauen nur an das Regionalkrankenhaus zur Entbindung überwiesen, wenn die Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft eingestuft oder es explizit von Patientinnen gewünscht wird. In den meisten Fall präferieren Ärzt_innen des Gesundheitszentrums die direkte Überweisung nach Papantla oder Poza Rica. Bei „normalen“ Geburten wird den Patientinnen geraten ihr Kind im Gesundheitszentrum zu entbinden. Auch auf die Möglichkeit einer vom ärztlichen Personal und einer Hebamme gemeinsam betreuten Geburt wird hingewiesen. Dennoch bleiben die meisten Schwangeren zu Hause und entbinden ausschließlich im Beisein ihrer Hebamme und Familie.

Bezüglich der Geburt gibt es einen prinzipiellen Unterschied zwischen Coyutla und Filomeno Mata. In Coyutla wird die Mehrheit der Geburten, unabhängig davon, ob es sich um „normale“ oder Risikoschwangerschaften bzw. -geburten handelt, im Regionalkrankenhaus entbunden. Nur ein geringfügiger Anteil der Schwangerschaften wird

durch traditionelle Hebammen betreut und noch weniger Frauen werden auch von diesen entbunden. Weiterhin besteht die Möglichkeit einer Entbindung innerhalb des privaten Gesundheitssektors („out-of-pocket“-Zahlung) oder ohne jegliche medizinische Unterstützung im familiären Kreis durch Laien.

In Filomeno Mata verhält sich die Situation anders. Die meisten Geburten werden zu Hause entbunden, annähernd jede Schwangere wird durch eine Hebamme betreut und nur ein sehr kleiner Teil findet den Weg ins Regionalkrankenhaus oder wird durch Laien entbunden.

Prinzipiell unterscheidet sich die Geburt im Kreißsaal des Regionalkrankenhauses nicht sonderlich von der im Gesundheitszentrum in Filomeno Mata. Aus diesem Grund soll nun exemplarisch eine Geburt im Regionalkrankenhaus beschrieben und an entsprechenden Stellen auf Unterschiede hingewiesen werden.

Die Frauen des Einzugsgebiets kommen im Regionalkrankenhaus an und stellen sich zunächst in der Notaufnahme vor, dort wird über die Dringlichkeit jedes Einzelfalls entschieden. Generell haben schwangere Patientinnen gegenüber anderen Patient_innen Vorrang, sind aber auch quantitativ mit ca. sieben von zehn Patient_innen, das größte Patientenkollektiv. Im Sprechzimmer der Notaufnahme werden die Patientinnen aufgenommen und untersucht. Abhängig vom Fortschritt des Geburtsvorgangs, gemessen an der Öffnung des Gebärmuttermundes¹⁵¹, werden sie aufgefordert wieder nach Hause zu fahren (ca. 0-1 cm Öffnung) oder vor der Notaufnahme zu warten (ca. 2-7 cm Öffnung) oder in dringenden Fällen werden sie direkt in einen dem Kreißsaal vorgeschalteten Überwachungsraum verlegt (ca. 8-12 cm Öffnung).

Patientinnen, denen aktuelle Ultraschalluntersuchungen fehlen, werden aufgefordert, diese umgehend gegen Barzahlung im benachbarten privaten Laboratorium durchführen zu lassen. Blutuntersuchungen können gegebenenfalls auch im Laboratorium des Regionalkrankenhauses angefertigt werden. Diese Möglichkeiten bestehen im Gesundheitszentrum in Filomeno Mata nicht. Generell sollten die Patientinnen während ihrer Schwangerschaft, laut medizinischem Personal, drei bis vier Ultraschalle zur

151 Zusätzlich zur Öffnung des Gebärmuttermundes (Portio) werden in Gynäkologie und Geburtshilfe die Beschaffenheit des Gebärmutterhalses (Zervix) bezüglich Lage, Stand und Konsistenz, als auch der Höhenstand des Kindes im Mutterleib als prognostische Parameter bestimmt. Der Gebärmuttermund öffnet sich innerhalb der ersten Stunden der beginnenden Geburt nur langsam (Latenzphase, ca. acht Stunden). In der folgenden Aktivphase, ab ca. 2 cm Gebärmuttermundöffnung, kann mit einer fortschreitenden Öffnung von 1-2 cm/h gerechnet werden (Breckwoldt und Schneider 2008: 422-425).

Kontrolle der Schwangerschaft durchführen lassen. Nur in den wenigsten Fällen wird dies aufgrund der hohen Kosten umgesetzt.

Bei ausreichender Wehentätigkeit und Öffnung des Gebärmuttermundes werden die kurz vor der Entbindung stehenden Patientinnen auf den gynäkologischen Stuhl des Kreißsaals gesetzt und es beginnt die tatsächliche Entbindung. Teil der Routine ist die Gabe der Wehen fördernden Substanz Oxytocin¹⁵², das Anlegen einer Infusion und die Durchführung eines Dammschnitts (Episiotomie) bei allen Erstgebärenden.

Nicht selten habe ich erlebt, dass sich Ärzt_innen bei der Entbindung verkalkuliert und die Episiotomie zu früh durchgeführt haben. Dies führt vor allem bei sehr langen Geburtsverläufen zu erheblichen Blutungen und einer sich auf die Patientin übertragende Nervosität seitens des medizinischen Personals. In einigen Fällen kommt es zu verletzenden, teilweise beleidigenden Bemerkungen. Beispiele für solche Bemerkungen reichen von „*Du strengst dich nicht genug an! Dein Kind leidet schon, du musst jetzt pressen, Mama!*“ (P5.1) bis zu „*Wenn du dich jetzt nicht anstrengst, stirbt dein Kind oder kommt behindert zur Welt!*“ (P31.1). Gerade bei Erstgebärenden ist die Kanalisierung von Nervosität, Angst oder Unmut auf diesem Weg üblich.

Häufig bin ich bei Geburten anwesend gewesen, bei denen sich der Kreißsaal sukzessiv während der Entbindung mit medizinischem Personal füllte. Beispielsweise durch schaulustiges Personal oder durch Hinzuziehen weiterer Kolleg_innen durch das initial involvierte medizinische Personal bei lang dauernden Entbindungen erstgebärender Frauen. Vorgesehen ist jedoch nur die Anwesenheit des entbindenden Arztes, des Kinderarztes und zweier Pflegekräfte. Hier besteht ein Unterschied zwischen der Entbindung im Regionalkrankenhaus und dem Gesundheitszentrum. Während in Entabladero Angehörige unter keinen Umständen den Kreißsaal betreten dürfen, ist es in Filomeno Mata üblich, dass Teile der Familie, beispielsweise der Ehemann, die Mutter oder Schwiegermutter¹⁵³, und die betreuende Hebamme während der Geburt im Kreißsaal anwesend sind.

152 In der Geburtshilfe wird synthetisches Oxytocin zur Weheneinleitung, -förderung und der Plazentaablösung verwendet (Breckwoldt und Schneider 2008: 430).

153 In Filomeno Mata ist es üblich, dass nach der Hochzeit, die häufig mit der ersten Schwangerschaft korrelieren, die Ehefrau in den Haushalt des Ehemannes eintritt und ab diesem Zeitpunkt ein Wechsel bezüglich der weiblichen Bezugsperson stattfindet. Bei verheirateten Frauen ist somit eher die Schwiegermutter während der Geburt anwesend, bei unverheirateten übernimmt diese Rolle weiterhin die Mutter. Schwiegermutter bzw. Mutter sind wichtige Ansprechpartner, wenn es um Entscheidungen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt, beispielsweise die Auswahl der traditionellen Hebamme oder Empfängnisverhütung, geht.

Nach Geburt des Kindes wird dieses, bei Anwesenheit des Kinderarztes durch diesen oder eine unterstützende Pflegekraft versorgt. Zur selben Zeit wird die Plazenta entbunden und die Episiotomie verschlossen. Gegebenenfalls werden durch weitere Gaben von Oxytocin die Plazentaablösung gefördert und Blutungen kontrolliert. Sobald das ärztliche Personal stärkere Blutungen ausgeschlossen hat, wird der Patientin eine Kupferspirale eingesetzt. Nach dieser Maßnahme wird die Geburtsurkunde ausgestellt und der Geburtsverlauf dokumentiert. Die Patientin wird wieder in den Überwachungsraum gebracht, von dem aus sie dann bei vorhandenen Kapazitäten auf Station verlegt wird, wo sie mindestens acht Stunden, meistens aber eine Nacht verbleibt. Ihr Kind bekommt sie zu sehen, sobald die pädiatrische Behandlung abgeschlossen ist. Die Angehörigen müssen oft warten, bis die Patientin den Überwachungsraum verlässt, um Mutter und Kind nach der Geburt zu sehen. Während des gesamten, oft Stunden andauernden Geburtsvorgangs wird der Zustand von Mutter und Kind nicht mit den Angehörigen kommuniziert.

Nach dieser Beschreibung möchte ich mich im folgenden Abschnitt auf verschiedene Informantenaussagen und Beobachtungen beziehen, die zur Kontextualisierung von Wahrnehmungen, Handlungsweisen, Meinungen und Entscheidungen verschiedener lokaler Akteur_innen sinnvoll erscheinen.

7.1.1 „Wie kann man die medizinische Versorgung der Region verbessern?“

Einleitend möchte ich Ergebnisse meiner Forschung präsentieren, die aus Sicht des medizinischen Personals zeigen, welche Faktoren die medizinische Versorgung der Region optimieren würden bzw. zurzeit limitieren. Die von mir durchgeführten semi-strukturierten Interviews begannen ausnahmslos mit der Frage: *„Wie kann man die medizinische Versorgung der Region verbessern?“* Die nun folgenden Zitate müssen demnach vor dem Hintergrund dieser Frage betrachtet werden. Die implizierte Unterstellung einer defizitären Versorgung ergab sich aus der ihr vorausgehenden teilnehmenden Beobachtung. Sie legitimiert die Fragestellung methodisch.

Ein Arzt des Regionalkrankenhauses akzentuiert vor allem die Umstände vor Ort und sieht in ihnen den Grund des Personalmangels. In einem Interview erklärt er:

„Wie du siehst, wir haben das Nötigste, aber uns fehlt medizinisches Personal. Medizinisches Personal, das nicht zum Arbeiten an einen Ort kommen will, an dem das Telefon manchmal nicht richtig funktioniert und die Straßen in einem schrecklichen Zustand sind [...]. Das Krankenhaus ist hübsch, also das Gebäude! Ehrlich gesagt, gibt es anderswo hässlichere Gebäude. In Poza Rica sind die Krankenhäuser hässlich, aber die Menschen wollen Poza Rica nicht verlassen. In Poza Rica gibt es viel Arbeit, viele Spezialisten werden benötigt, also werden sie von den großen Städten absorbiert [...], obwohl man hier in der Region die Unterstützung von Ärzten benötigt.“ (P4)

Ein mir sehr wohl gesonnener Arzt des Gesundheitszentrums Filomeno Mata, mit dem ich mich auch privat einige Male getroffen hatte, meint, dass sowohl das medizinische Personal selbst als auch fehlendes Material Schuld an einer mangelhaften Basisgesundheitsversorgung seien. Er sagt es mangle an:

„Erstens personellen Ressourcen, die der Patientenbehandlung zugänglich sind. Zweitens materiellen Ressourcen, um den Patienten in den medizinischen Einrichtungen eine Versorgung bieten zu können. Oft haben wir das Personal, aber es fehlt die richtige Einstellung und oft fehlen uns die nötigen Materialien.“ (P18.1)

Gemeint ist, dass das medizinische Personal eine besondere „Einstellung“ haben muss, die der Region und seiner Bevölkerung gerecht wird. Hier wird dies auch ausgedrückt als „der Patientenbehandlung zugänglich“ sein. Die Urlaubsvertretung des Regionalkrankenhauses meint, ähnlich wie der vorher zitierte Arzt, dass die Basisgesundheitsversorgung unter der „Einstellung“ des Personals leiden würde. Sie drückt dies folgendermaßen aus:

„Eigentlich ist die Anzahl der Kliniken in Ordnung. In einigen Kliniken fehlt es an Personal, es fehlt ein Ärzteteam und was noch mehr fehlt ist, dass dieses Ärzteteam sich für die Gesundheit der Bevölkerung interessiert. Das tun wir nicht! Wir geben vor, hier [in der Region] zu leiden und vergessen, was wir eigentlich sind, 'die Basisversorgung'!“ (P39)

Während eines Interviews in Filomeno Mata erklärt mir eine Supervisorin aus Poza

Rica, dass die schlechte gesundheitliche Situation, die sich in der Region präsentiert, zum einen auf das Fehlen von Spezialisten und zum anderen auf die Armutsverhältnisse zurückzuführen sei. Sie argumentiert:

„In den Krankenhäusern fehlen Spezialisten. Die Menschen kommen ins Krankenhaus und treffen keine Spezialisten an, was passiert? Viele kehren in ihr Gesundheitszentrum zurück und wenn ihr Problem gelöst wurde 'Toll!', aber wenn nicht? Wir drängen darauf, dass man sie ins Krankenhaus schickt, um ihnen eine simple Labordiagnostik machen zu lassen, schon wollen sie nicht. Warum? Weil sie sich erinnern, dass es dort keine Spezialisten gibt und sie ihr Geld und ihren Tag verschwenden. Für die Patienten ist es ein Totalverlust, weil sie tageweise verdienen. Das ist was uns prinzipiell fehlt, die Unterstützung von Spezialisten in den Krankenhäusern.“
(P25)

Eine Krankenschwester erklärt mir, dass auch aus ihrer Sicht die Basisgesundheitsversorgung grundlegend von der Präsenz von Fachärzten abhängen würde. Zusätzlich sieht sie ein Problem bezüglich fehlender Materialien und Medikamente. In ihren Worten sagt sie:

„Schau mal! Man kann das zusammenfassen, würde es einen Chirurgen, eine Gynäkologin, einen Anästhesisten geben, weil das die Referenzen sind, aber die haben wir nicht. Schlimmer noch, die Geburten verkomplizieren sich [...]. Es gibt nicht viel, nicht mal Infusionen haben wir. Die Leute kommen und sagen uns 'Man hat mich schlecht versorgt, man hat mich schlecht behandelt!'. Was weiß ich? So sind die Beschwerden. Aber wir Krankenschwestern, was sollen wir machen, wenn wir nichts haben? Manchmal gibt es keinen Arzt. Was soll ich machen? Man könnte ihnen etwas geben, ich spritze ihnen etwas und nach einer Weile, wenn sie allergisch sind, kommen sie zu mir: 'Du hast mir das gegeben!'. Sehr häufig ist es die Abwesenheit des Personals – mehr als alles andere.“ (P40)

Eine Ärztin des Gesundheitszentrums in Coyutla meint ebenfalls, dass es in der Region an medizinischem Personal fehlen würde. Weiterhin ergänzt sie:

„Eine andere wichtige Sache, [...] die meiste Zeit sind die Basismaterialien,

die man für die Basisversorgung in einem Gesundheitszentrum benötigt, nicht komplett. Das bedeutet es fehlen Medikamente. Mit dem Programm des seguro popular haben sich die Apotheken verbessert. Vorher gab es nur die staatlichen Apotheken der Gesundheitsversorgung. Die Medikamente sind jetzt zu fast 100% vorhanden, aber dennoch fehlen immer welche. Früher gab es nur das einfachste. Als Antibiotikum gab es Penizillin und manchmal nichts anderes.“ (P52.1)

Zusammenfassend kann man sagen, dass das medizinische Personal den medizinischen Einrichtungen bzw. der medizinischen Versorgung innewohnende Faktoren benennt, aber auch externe Faktoren erkennt. Nur wenige der Informant_innen bemängelt jedoch die Fachkenntnis seitens des lokalen medizinischen Personals. Allein eine Krankenschwester erwähnt am Rande eine in ihren Augen mangelhafte Fachkenntnis des ärztlichen Personals. Indirekt wird diese durch den Hinweis auf das Fehlen von Fachärzten artikuliert.

Alle sechs aufgeführten Informant_innen betonen das Fehlen von medizinischem Personal, insbesondere ärztlichem Personal, und sehen in deren Abwesenheit einen prinzipiellen Grund der mangelhaften Basisgesundheitsversorgung. Auch von nicht an dieser Stelle zitierten Informant_innen wurde diese Kausalität betont. Ein anderer häufig von Informant_innen genannter Grund ist der Mangel an Materialien und Medikamenten. Auch die Haltung des medizinischen Personals wird von unterschiedlichen Informant_innen benannt. Zum einen scheint es an einer, den Patient_innen zugänglichen und offenen Einstellung zu mangeln, zum anderen wird gesagt, dass es an interessiertem Personal fehlt, um die Gesundheitssituation zu verbessern.

Diesen, der Gesundheitsversorgung direkt entspringenden, Gründen stehen einige externe Faktoren gegenüber. Beispielsweise die Armutssituation, die das Aufsuchen des Regionalkrankenhauses durch den damit verbundenen Zeit- und Geldverlust für einige Patient_innen undenkbar macht. Auch die sich gegenüber urbanen Regionen äußernde Unattraktivität der Sierra de Totonacapan wird erwähnt. Während Ärzt_innen in Poza Rica für Privat- und Berufsleben viele Möglichkeiten bereitstehen, begegnet ihnen in der Region eine schlechte Infrastruktur und ein von Marginalität geprägtes Leben.

Während der Interviews und im medizinischen Alltag zeigte sich häufig, dass ein großer Teil des medizinischen Personals unzufrieden ist. Diese Unzufriedenheit entsteht teilweise durch die oben genannten Faktoren. Zusätzlich hat sie jedoch auch andere

Gründe. Bezahlung spielt neben den Arbeitsbedingungen oftmals eine wichtige Rolle. Aber auch das gesundheitsbezogene Verhalten der Patient_innen führt zu breiter Kritik. Um das Verhalten, aber auch Gewohnheiten, Äußerungen und Meinungen der Patient_innen zu verstehen werden nun, in verschiedenen thematischen Abschnitten, einige Zitate der Patient_innen aufgeführt. Diese werden durch Informationen seitens des medizinischen Personals, meine persönlichen Beobachtungen oder Angaben aus der Fachliteratur kontextualisiert und kontrovers diskutiert.

7.1.2 Die Arzt-Patienten-Beziehung¹⁵⁴

Zahlreiche Informant_innen der verschiedenen Gemeindebezirke berichten über eine schlechte Basisgesundheitsversorgung. Sie betonen die fehlenden personellen Kapazitäten, die zu einer spürbar mangelhaften Versorgung führen. Sie erklären aber auch, dass der Umgang mit Patient_innen durch Vorurteile und mangelnder Motivation des medizinischen Personals geprägt sei. Während einer FGD mit schwangeren Frauen aus Coyutla berichtet eine Teilnehmerin, wie mit Schwangeren im Regionalkrankenhaus umgegangen würde. Sie antwortet auf meine Frage, wie die medizinische Versorgung im Regionalkrankenhaus ist:

„Es ist eine miserable Versorgung! Die Krankenschwestern sagen manchmal zu uns 'Nein, warte noch!'. Sie haben eine negative Einstellung, sie wollen uns nicht direkt aufnehmen. Wenn man sich schon schrecklich fühlt 'Warte ab, weil der Doktor beschäftigt ist' oder 'Der Doktor hat einen Notfall!' oder 'Es wird operiert' oder sonst was. Schon ist es eine miserable Versorgung, weil die Frauen schon ihre Symptome und Schmerzen haben oder wenn ihnen schon die Fruchtblase geplatzt ist oder sie ihr Baby schon haben, dann erst ist es da ein Notfall.“ (P2.1)

Die Patientinnen des Regionalkrankenhauses fühlen sich vernachlässigt und allein gelassen. Sie glauben, dass dies nicht nur an Personalkapazitäten, sondern auch an der „negativen Einstellung“ des medizinischen Personals liegt.

Auch die indigene Gesundheitspromotorin des Regionalkrankenhauses bestätigt, dass der Umgang mit Patientinnen dazu führt, dass diese nach einer ersten negativen Erfahrung nicht mehr das Krankenhaus aufsuchen würden. Sie meint:

154 Auch wenn hier vereinfacht von Arzt-Patienten Beziehung gesprochen wird, schließen Aussagen der Bevölkerung selbstverständlich auch anderes medizinisches Personal mit ein.

„[...] was sie hier am meisten stört sind die Betten, dass man sie alleine lässt und die Krankenschwestern weggehen. Sie [die Patientinnen] bleiben nicht an einem einzigen Ort. Sie wollen eine Frage stellen und bekommen eine andere beantwortet, für sie ist das dann eine schlechte Behandlung. Wenn sie zum ersten Mal kommen, werden sie beim zweiten Mal nicht mehr herkommen, sie bleiben einfach daheim.“ (P22)

Während der Arbeit in den Gesundheitseinrichtungen ist mir häufig aufgefallen, dass vor allem sehr junge, erstgebärende Patientinnen das Krankenhaus aufsuchen. Ältere Patientinnen sind selten. Sie suchen das Regionalkrankenhaus vornehmlich auf, wenn sie sich sterilisieren lassen wollen oder ein Kaiserschnitt indiziert ist. Häufig wird die Konsultation medizinischer Einrichtungen auch durch eine längere vorangegangene Phase ohne Schwangerschaft, beispielsweise durch jahrelange Empfängnisverhütung begründet, weil u.a. der Glaube vorherrscht, dass die Gebärmutter „auskühlen“ würde. Diese „älteren“ Gebärenden sind selten, sodass das spätere Meiden medizinischer Einrichtungen bei folgenden Schwangerschaften, wie es von der Gesundheitspromotorin betont wird, durchaus nachvollziehbar erscheint.

Nicht nur die Versorgung durch das Regionalkrankenhaus scheint unzureichend zu sein, auch die Gesundheitszentren werden kritisiert. Während eines längeren informellen Gesprächs mit einer aus Filomeno Mata stammenden Angehörigen, erklärt mir diese was sie an der medizinischen Versorgung in der Gemeinde stören würde. Sie meint:

„[...] die Ärzte, die in meinem Dorf sind, versorgen uns nicht sehr gut, das ist die Wahrheit! Die sind nur da, weil sie wollen. Ich hab immer gesagt, sie sollen uns nicht so schlecht behandeln, weil man sie ja dafür bezahlt. Das interessiert sie aber nicht. Das Einzige was sie machen, ist immer sagen 'Sie ernähren sich nicht gut!', 'Sie machen das und jenes nicht!'. Doch wir machen das! Das einzige, was wir wollen, ist, dass wir direkt versorgt werden und fertig, und dass man uns nicht nervt.“ (P14.1)

Die Arzt-Patienten-Beziehung, wie sie von der lokalen Bevölkerung beschrieben wird, ist durch eine bestimmende und patriarchale Umgangsweise mit den Patient_innen geprägt. Gleichzeitig werden Patient_innen oftmals beschuldigt – ohne externe Deter-

minanten zu betrachten – selbst für ihre gesundheitliche Situation verantwortlich zu sein. Diese Einstellung seitens des medizinischen Personals trifft nicht selten auf lange Wartezeiten oder etwaige negative Erfahrungen und führt schnell zu einer unzufriedenen Grundeinstellung der Patient_innen.

7.1.3 Die Sprachbarriere

Die Sprachbarriere zwischen medizinischem Personal und Totonaco sprechenden Patient_innen ist in den verschiedenen Gemeindebezirken und medizinischen Einrichtungen, obwohl unterschiedlich ausgeprägt, immer präsent.

Im Regionalkrankenhaus werden entsprechende Kapazitäten zur Übersetzung zwischen dem ärztlichen Personal und Patient_innen nur selten genutzt. Auch wenn es einige Pflegekräfte gibt, die Totonaco sprechen und eine indigene Gesundheitspromotorin prinzipiell übersetzen könnte, wird eine Übersetzung durch zweisprachige Angehörige präferiert oder auf eine Übersetzung verzichtet, sodass sich die Anamnese auf Handzeichen und ein spärliches Vokabular beschränkt.

In Filomeno Mata arbeiten morgens und nachmittags Dolmetscher_innen, die nicht zur Arbeit im medizinischen Kontext geschult wurden. Diese Dolmetscher_innen stammen aus der Gemeinde und werden durch diese auch bezahlt und ausgewählt. Dies hat zur Folge, dass sie tiefe Einblicke in die gesundheitsbezogene Privatsphäre ihrer Mitmenschen bekommen. Eine Dolmetscher erklärt mir, wie die Bewohner_innen über einen Arzt reden würden, der auf seine Unterstützung verzichtet:

„Zum Beispiel [...] gibt es einen Arzt [...], er will nicht dass man ihn unterstützt, er macht alles alleine, aber er versteht den Dialekt¹⁵⁵ nicht, pures Spanisch spricht er. Wer weiß, wie er das macht und dann wird er auch noch aggressiv. Kein Wunder, dass die Leute sagen, dass sie nicht von ihm behandelt werden wollen. Ist doch wahr! [...] es gibt die einen, die haben Bauchschmerzen, andere haben Durchfall, Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen, und der Arzt, er versteht sie ja nicht, gibt ihnen Medikamente gerade so wie er sie eben versteht, aber den Menschen geht es dann nicht besser.“ (P.20.2)

155 In der Region wird die indigene Sprache Totonaco, teilweise abwertend, als Dialekt bezeichnet. Zum einen handelt es sich bei Totonaco nicht um einen Dialekt, wie es beispielsweise das Bayrische im deutschsprachigen Raum ist und zum anderen erklärt das INALI, dass selbst Sprachvarianten der indigenen Sprachen als eigenständige Sprachen behandelt werden sollten (INALI 2010b).

Vielen Personen, die nicht Spanisch sprechen, ist es peinlich, dies dem medizinischen Personal zu offenbaren. Gleichzeitig kritisieren einige, durch fehlende Spanischkenntnisse eine mangelhafte Basisgesundheitsversorgung zu erhalten. Bei einem Besuch einer zweisprachigen Informantin aus Coyutla kommt ihre Nachbarin spontan bei dieser vorbei und interessiert sich für unsere Unterhaltung. Die dazugekommene Nachbarin unterhält sich mit meiner Informantin auf Totonaco, diese erklärt mir – auf Spanisch – warum es schwer für ihre Nachbarin sein würde, ins Gesundheitszentrum zu gehen. Die Unterhaltung wird nachträglich von einer meiner Übersetzerinnen übersetzt. Sie meint:

„Ich kann nicht mit den Krankenschwestern sprechen, weil ich kein Spanisch sprechen kann. Gott soll mir vergeben, dass ich nicht in der Schule gewesen bin. Ich steh da nur so rum! Die verstehen mich nicht und ich versteh sie nicht, eigentlich geht es uns genau gleich. Das ist ziemlich schwierig für mich.“ (P70)

Eine andere Informantin aus Filomeno Mata berichtet, während eines Besuches im Regionalkrankenhaus von ihren Erfahrungen:

“Ehrlich gesagt, die Mehrheit dort [in Filomeno Mata] spricht kein Spanisch und das ist das Problem! Deswegen wollen viele Menschen nicht ins Krankenhaus gehen. Es ist so, dass sie glauben, dass man sie schlecht behandelt wegen der Sprache. Ich sage ihnen immer, dass das nicht stimmt. Ich selbst spreche nicht sehr gut Spanisch, aber ich weiß mich auszudrücken. Ich weiß mir zu helfen, wenn ich mit meinem Bruder ins Krankenhaus gehe, ich weiß wie man antwortet, aber trotzdem hab ich Angst, weil man mich in Poza Rica einmal schlecht behandelt hat. Man hat mich beschimpft, ehrlich die haben mich richtig hässlich beschimpft!“ (P14.1)

In den meisten Fällen wird deutlich, wer zweisprachig aufgewachsen ist. Diese Personen sprechen von Geburt an in ihrer Familie Totonaco und haben zumeist erst in der Schule Spanisch erlernt. Selbst zweisprachige Patient_innen haben oftmals Angst nicht verstanden oder aufgrund ihrer Aussprache schlecht behandelt zu werden.

Das Personal beurteilt die Sprachbarriere sehr unterschiedlich. Für einige sind Kommu-

nikationsprobleme ein kaum merkliches Phänomen, das die Behandlung der Patient_innen nicht einschränkt. Für andere ist es das prinzipielle Problem der Basisgesundheitsversorgung. Nur die wenigsten sind jedoch der Meinung, dass das medizinische Personal selbst die lokale indigene Sprache erlernen sollte. Im Gegenteil, einsprachige Ärzt_innen beschwerten sich über die einsprachige indigene Bevölkerung und bezeichnen diese als „ignorant“ (z.B. P17.2).

Nicht verwunderlich ist es also, dass ich keinem Totonaco sprechenden ärztlichen Personal während meines Aufenthalts begegnet bin und das, obwohl einige Ärzt_innen bereits seit mehreren Jahren in der Region tätig sind. Es muss ebenfalls erwähnt werden, dass seitens der Regierungen, Gewerkschaften und Führungsstrukturen keine entsprechenden Sprachkurse angeboten werden, eine Reduktion der Sprachbarriere nicht fokussiert wird, und dass diese Haltung mehr und mehr zu einem Sprachverlust in der Bevölkerung führt.

7.1.4 Die ökonomische Situation

Viele Informant_innen berichten, dass ökonomische Gründe der Bevölkerung die medizinische Versorgung durch medizinische Einrichtungen verwehren. Auf die Frage, warum in Filomeno Mata die Bevölkerung die Betreuung durch eine traditionelle Hebamme bevorzugt, erklärt mir die Tochter einer ehemaligen Hebamme im Interview u.a.:

„[...] wegen des Geldes, kann ich mir vorstellen. Hier ist alles wegen des Geldes. Man kann nicht mehr verdienen und darum haben sie Angst in die Klinik, nach Entabladero oder an andere Orte zu fahren. Neben den Transportkosten wollen sie, dass man Medikamente kauft, zu Hause hingegen macht man ihnen einen Tee und dann macht man es [das Gebären] eben mit dem Tee.“ (P16)

Eine andere Bewohnerin aus Filomeno Mata berichtet mir:

“Sie verlangen Geld! Auch wenn sie meinen es sei gratis, das ist nicht wahr. Sie verlangen viel und dann bist du auch noch dort. Ich sag dir, es ist wegen des Geldes. Manchmal hat man Hunger aber du kannst dir nichts kaufen, weil man dort in einem Geschäft so viel zahlen muss. Ich sag dir, hier verdient man sehr wenig und selbst wenn du sparst, dort verbrauchst

du dann alles.” (P87)

Diese Informantin spricht ein prinzipielles Problem des seguro popular de salud (SPS) an. Auch wenn den Patient_innen eine kostenlose Versorgung versprochen wird, müssen im Regionalkrankenhaus diverse Materialien und Medikamente von den Angehörigen selbst bezahlt werden. Hierbei handelt es sich um teils horrenden Summen in Form von „out-of-pocket“-Zahlungen.

Zum Vergleich: eine Hebamme kostet in Filomeno Mata zwischen 500–600 MXN¹⁵⁶. In Coyutla verlangen einige der traditionellen Hebammen sogar bis zu 1800 MXN für ihre Arbeit. Die Materialien und Medikamente, die vor einer Entbindung im Regionalkrankenhaus gekauft werden müssen, kosten ebenfalls ca. 600 MXN. Dazu kommen zusätzliche Fahrtkosten und Lohnausfälle während der Zeit in Entabladero. Außerdem sind Nahrungsmittel, wie die o.g. Informantin betont, in Entabladero sehr viel teurer als in Filomeno Mata. Eine dem Rat des medizinischen Personals entsprechende Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung, inklusive Ultraschall- und Laboruntersuchungen, Transportkosten und sonstigen Materialien und Medikamenten, ist für viele der Bewohner der Sierra de Totonacapan aus ökonomischen Gründen, auch wenn diese durch den SPS versichert sind, daher nicht möglich. Ein Ultraschall kostet in der Region ca. 300 MXN. Vom medizinischen Personal empfohlen und gefordert werden drei, mindestens aber zwei Untersuchungen zu Anfang und kurz vor Entbindung.

Ein Vater, der nach der Geburt seines Kindes zur Ausstellung eines Geburtenscheins in das Gesundheitszentrum in Coyutla kommt, erklärt mir warum sein Kind durch eine traditionelle Hebamme entbunden wurde:

„Aufgrund von Geldmangel kann ich manchmal nicht zum Arzt gehen. Der Arzt wird mir sagen 'Du musst Medikamente kaufen gehen!'. Ehrlich gesagt, meine Frau hat seguro popular, aber manchmal gibt es in Entabladero keine Medikamente und dann muss man sie selbst kaufen, man muss Geld zur Verfügung haben und wenn man keines hat, muss man es hier und da besorgen gehen. Ich arbeite in der Landwirtschaft, manchmal geben sie mir 100 Pesos, damit muss ich meine Familie ernähren, also bleibt nichts, um zum Arzt zu gehen, wenn es kein Notfall ist.“ (P69)

156 Dieser Preis beinhaltet die Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Abhängig vom Ruf, Erfahrungen, aber auch vom Geschlecht des Kindes (bei Jungen wird etwas mehr verlangt, weil sie später die Familie ernähren werden), schwankt der Preis ein wenig.

Dieser Informant hatte mit seiner Frau zusammen eine traditionelle Hebamme im benachbarten Filomeno Mata aufgesucht. Er beschreibt ganz offensichtlich, ähnlich wie Informant_innen aus Filomeno Mata, dass die Armutssituation und die mangelhafte Ausstattung des Regionalkrankenhauses ihn und seine Frau dazu gebracht haben, von einer Entbindung im Regionalkrankenhaus abzusehen.

Obwohl 2010 37,2% der Bewohner des Einzugsgebiets des Regionalkrankenhauses in moderater und 51,9% in extremer Armut lebten (CONEVAL 2010a) und sich auch heute trotz *oportunidades* nicht viel an dieser Tatsache geändert hat, erkennt das medizinische Personal finanzielle Gründe der Patient_innen nicht an. Eine Krankenschwester des Regionalkrankenhauses meint die ökonomische Situation der Bevölkerung sei ein Vorwand, sich schlecht zu ernähren. Sie sagt:

„Die Person führt als Vorwand die Ökonomie an, sie sagen immer 'Ich werde das essen was mir meine Finanzen erlauben zu essen'. Also mir haben sie immer als Vorwand gesagt, dass sie aufgrund der ökonomischen Situation keine balancierte Nahrung zu sich nehmen können. Ich glaube, dass es mehr als alles andere an der Kultur liegt, es kommt auf das Selbe hinaus, Schuld ist ihre Einstellung!“ (P42)

Die Beschuldigung der Kultur¹⁵⁷ für einen schlechten Gesundheitszustand oder aber Handlungsweisen der Patient_innen ist eine gängige Vorstellung des Personals, dass häufig dazu tendiert, soziale Determinanten von Gesundheit als kulturell beeinflusst zu bezeichnen. Hierbei wird negiert, dass Entscheidungen im Rahmen von Gesundheit und Krankheit zahlreichen Faktoren unterliegen.

Ein Krankenpfleger, ebenfalls im Regionalkrankenhaus angestellt, der Totonaco spricht, beschwert sich während eines Interviews bei mir, dass seine Patient_innen nicht bereit seien für die medizinische Basisgesundheitsversorgung zu bezahlen:

„[...] wenn ich mit einem Patienten spreche, spreche ich Totonaco. Ich erkläre es ihnen und sie verstehen mich. Obwohl du ihnen alles erklärst, alles wollen sie geschenkt haben. Sie beschweren sich, wenn du sie die Sprechstunde zahlen lässt, weil sie die Medikamente zahlen, aber was wollen sie denn? Alles gratis? Nein! Es gibt nichts gratis!“ (P36)

157 Vgl. u.a. Lowenberg (1995), Volpp (2000) und Sutton (2005)

Auch wenn es unumstritten ist, dass ein großer Teil der Bevölkerung in Armutsverhältnissen lebt und eine medizinische Versorgung, so wie sie sich das medizinische Personal vorstellt, von vielen nicht bezahlt werden kann, erkennt das medizinische Personal, dass nicht von Armut betroffen ist, diese Kasuistik nicht an. Gleichzeitig spielen jedoch noch andere, der medizinischen Versorgung selbst innewohnende Einflussfaktoren eine Rolle bei der Entscheidungsfindung der Patient_innen. Aus diesem Grund möchte ich nun zu spezifischeren, die Versorgungs- und Entbindungspraxis betreffenden Aspekten kommen.

7.1.5 Die Versorgungs- und Entbindungspraxis

Die Entscheidung, in einer medizinischen Einrichtung zu entbinden oder diese zu meiden, hängt in jedem Einzelfall von verschiedenen Faktoren ab. Einen wichtigen Einfluss stellen Berichte über Erlebnisse von Patientinnen dar, die in einer medizinischen Einrichtung entbunden haben und daraufhin in der lokalen Gemeinschaft von ihren Erfahrungen berichten. Inwieweit diese subjektiven Erfahrungen der Norm entsprechen, durch Mundpropaganda modifiziert werden bzw. im Einzelfall wahr sind, kann oftmals nicht evaluiert werden, wenn diesen Erlebnissen keine adäquaten Beobachtungen gegenüberstehen.

Lange Forschungsaufenthalte, die Verwendung verschiedener Befragungsmethoden und das Einbeziehen unterschiedlicher lokaler Akteur_innen kann jedoch zu einer Plausibilitätsprüfung einzelner Aussagen genutzt werden.

Im nun folgenden Beispiel möchte ich zwei ähnliche Ereignisse aus zwei verschiedenen Perspektiven behandeln. Zum einen aus einer Patientenperspektive, berichtet von einer Informantin, die das Erlebnis selbst erzählt bekommen hat und zum anderen aus der Perspektive eines Arztes, der sich an dem Verhalten seiner Patient_innen stört. Der Kontakt zu meiner Informantin ist zufällig entstanden. Ich wollte ihre Mutter, eine praktizierende traditionelle Hebamme in Filomeno Mata, interviewen. Nachdem sie zunächst spontan als Übersetzerin im geplanten Interview fungierte, wurde sie selbst zur Informantin, die ich in der Folge mehrmals aufsuchte und in deren Familienstrukturen ich, beispielsweise durch eine Einladung zu einem größeren Familienfest, Einblick bekam. Die Informantin ist 24 Jahre alt und zum vierten Mal schwanger. Außerdem muss erwähnt werden, dass sie sowohl Erfahrungen mit der institutionellen,

als auch mit der „traditionellen“ Entbindung¹⁵⁸ gemacht hat. Meine Informantin berichtet mir auf Nachfragen, warum so wenige Frauen im Gesundheitszentrum entbinden würden, folgendes:

„[...] ich hab gehört, dass es bei einigen der Frauen am Schamgefühl liegt. Stell dir vor du bist bei dir zu Hause, du bist bedeckt, aber wenn du in die Klinik gehst, ziehen sie dir alles aus. Du bist nicht total nackt, wegen dem Kittel, den sie dir anziehen, aber eigentlich sehen sie dort alles von dir. Darum wollen einige nicht dorthin.

So ähnlich war der Fall einer Frau. Man hat ihr gesagt, dass sie sich ausziehen soll, aber die Frau wollte sich nicht ausziehen, außer wenn eine Ärztin oder Krankenschwester, sie behandeln würde. Der Arzt sagte zu ihr 'Zieh dich aus! Du wirst jetzt entbinden!' und die Frau meinte 'Nein!'. Es ist so, dass sie eine Hose an hatte. Das hat den Arzt ziemlich gestört, darum hat er gesagt 'Wie konntest du Geschlechtsverkehr mit deinem Mann haben, wenn du nicht mal weißt wie man sich auszieht?'. Deswegen ist es peinlich! Man hat ihr einfach ins Gesicht gesagt, wie sie denn schwanger werden konnte, wenn sie sich nicht ausziehen will. Dieser Klatsch wird überall verbreitet und darum wollen viele nicht dorthin, weil es ihnen peinlich ist. [...] Sie war schon kurz vor der Geburt, es ist noch ein bisschen Zeit vergangen, dann hat sie sich ausgezogen und kurz darauf ist ihr Baby geboren. Die wissen da schon wie sie die Frauen beschimpfen 'Ich hab dir doch gesagt, dass du deine Hose ausziehen sollst, und wenn deinem Kind etwas passiert wäre? Du verstehst einfach nichts!'. Es gibt viele Gründe, warum sie nicht dorthin gehen wollen.“ (P87)

Wie die Bewohnerin selber sagt: „Dieser Klatsch wird überall verbreitet“. Gerade Berichte wie diese führen dazu, dass die Bevölkerung ein – in diesem Falle – von Beleidigung und Schamgefühl geprägtes Bild von den lokalen medizinischen Einrichtungen bekommt. In einigen Situationen führt dies dazu, dass Frauen sich gegen eine institutionelle Geburt entscheiden, obwohl diese aus medizinischen Gründen indiziert wäre.

158 Von Hebammen und Allgemeinbevölkerung wird der Wortlaut „traditionelle“ Entbindungen selbstverständlich nicht benutzt. Was aus Sicht von manchen Autoren, dem medizinischen Personal oder anderen Außenstehenden als „traditionelle Entbindung“ deklariert wird, wird von der lokalen Bevölkerung häufig als normal erachtet.

Auf die gleiche Frage, die ich der vorher zitierten Informantin stellte. „Warum wollen die Patientinnen nicht hierher kommen um zu entbinden?“, antwortet mir ein Arzt aus Filomeno Mata:

„In einigen Fällen ist es aus Scham. Ihre Intimität, nicht wahr? Ihnen ist alles sehr schnell peinlich, schon das Entkleiden, dass jemand, ein Mann, sie sieht. Also, ihnen ist es peinlich. Ich sag dir, alles hat mit der Ignoranz zu tun. Während den Geburten, die ich hier betreut habe, es waren wirklich viele Fälle. Ich sage zu ihnen "Schauen sie mal, sie werden nun ihr Kind bekommen. Ziehen sie mal ihren Rock hoch!" und sie wollen nicht. Sie ziehen ihn herunter und ich sage 'Nein, ziehen sie ihn hoch!'. Das kann man vergessen, es ist ihnen peinlich. Ich sage 'Wie willst du dein Kind so bekommen?'. Sie können ja nicht mal ihre Beine auseinander machen. Ich sage 'Spreiz deine Beine!' und sie wollen nicht. Solche Fälle sind mir viele begegnet.

Vor 2 oder 4 Jahren war wieder so eine da. Sie war schon oben auf dem Stuhl. Sie war schon im Kreißsaal und ich hab zur Krankenschwester gesagt 'Sprich mit ihr!', es kam sogar noch eine andere Krankenschwester und sagte 'Mach deine Beine auf, sonst kann dein Kind nicht raus, öffne deine Beine!'. Sie wollte einfach nicht, hat sich den Rock herunter gezogen, sie wollte nicht, obwohl ihr nur noch ein bisschen gefehlt hat [...]. Die Hebamme sagte zu mir 'Doktor, sie sagt sie will es nicht da bekommen. Sie sagt, sie will lieber runter auf den Boden und es dort kriegen' Die Hebammen geben ihnen hier ein Seil. Sie fassen das Seil und dann bekommen sie es auf dem Boden. Ich hab ihr dann gesagt 'So nicht! Wir sind Ärzte, medizinisches Personal, Krankenschwestern und wir werden das sicher nicht so machen, wie sie will oder ihr Ehemann sagt!' An diesem Tag wollte sie einfach nicht. 'Weißt du was?' sage ich ihr 'Ich schreib dir eine Überweisung. Los ab geht's!' Sie haben sie nach Poza Rica mitgenommen. Sie wollte ihr Kind unbedingt auf dem Boden bekommen, aber nein, so geht das nicht! Wir hatten einen Übersetzer, es waren zwei Krankenschwestern da, die Totonaco gesprochen haben und ihr alles erklärt haben. Ihr Ehemann war einfach nur still und hat nichts gesagt. 'Weißt du was? Wenn du nicht mit ihr sprichst, fahren wir los! Dann fährst

du ins Krankenhaus, weil deine Frau nicht will, sie will ihre Beine nicht öffnen, sie will nicht mitmachen, sie will nicht pressen, sie will nichts außer auf den Boden, aber hier wird sie es nicht so bekommen!'. Wie ich ja schon sagte, die Ignoranz ist ein prinzipielles Motiv, ein prinzipieller Faktor.“
(P17.1)

Der Arzt in diesem Beispiel betont die Rolle der Ignoranz seitens der Patientinnen, die seiner Meinung nach dazu führt, dass das Gesundheitszentrum gemieden wird. Gleichzeitig dient er als Beispiel für den patriarchalen Umgang zwischen medizinischem Personal und Patientinnen. Auf der anderen Seite meint er, dass das hohe Schamgefühl der Frauen dazu führt, dass sie eine Hausgeburt präferieren. Sicherlich beeinflusst das Schamgefühl der Patientinnen sie in ihrer Entscheidung, dass aber der hier geschilderte Umgang mit Patientinnen und ihren Angehörigen im Vordergrund steht, ist für den behandelnden Arzt nicht nachvollziehbar. Ähnlich wie auch im vorherigen Zitat, wird zwar das Schamgefühl kausal damit verbunden, dass Patientinnen die medizinischen Einrichtungen zum Geburtstermin meiden, ob allerdings primär das Schamgefühl per se oder der Umgang damit verantwortlich sind, kann nicht gesagt werden. Es wird aber deutlich, dass selbst Ressourcen, wie beispielsweise die Anwesenheit von Totonaco sprechendem Personal, der Hebamme und sogar des Ehemannes, nicht vor einer Eskalation der Situation schützen konnten.

Auch wenn der Arzt meint, die lokale, traditionelle Geburtspraxis zu kennen, schließt er diese Behandlungsmöglichkeit, trotz der Anwesenheit einer sachkundigen Hebamme, aus. Er meint zu wissen, wie Hausgeburten in Filomeno Mata durchgeführt werden. Viele der mir vertrauten traditionellen Hebammen führen die in der Hocke durchgeführte vertikale Geburt nicht mehr durch, sondern bevorzugen ihre Patientinnen im Liegen, auf Bett oder Boden, zu entbinden¹⁵⁹. Es ist also sehr wahrscheinlich, dass diese Patientin nicht auf einem unbequemen und ungewohnten gynäkologischen Stuhl entbinden wollte.

In diesem speziellen Beispiel führt der dominante Umgang nicht nur zu einem subjektiven Unwohlsein, sondern auch zu erheblichen finanziellen Kosten für die Patientin und ihre Familie und zusätzlich zu einem erhöhten Risiko durch den unnötigen Transport.

Summa summarum werden die Patientin und ihr Ehemann bei folgenden Schwangerschaften nicht nur die Wahl ihrer Hebamme, die entschieden hatte das Gesundheits-

¹⁵⁹ In der Fachliteratur wird die vertikale Geburt weiterhin häufig diskutiert (Gayeski und Brüggemann 2009). Es ist anzunehmen, dass die lokale Entbindungspraxis durch intensive Hebammenschulungen nachhaltig verändert wurde.

zentrum aufzusuchen, sondern auch die prinzipielle Möglichkeit einer institutionellen Geburt sehr kritisch überdenken.

Während Interviews und informellen Gesprächen interessierte ich mich für die Auswahl der Hebamme. Wie diese getroffen wird bzw. was typische Ausschlusskriterien sind. Im Anamnesegespräch mit einer Schwangeren begründet diese einen Hebammenwechsel mit einer Überweisung ins Gesundheitszentrum bei aus ihrer Sicht normalem Schwangerschaftsverlauf.

Generell bedeutet dies keine negative Grundeinstellung der Patientinnen gegenüber der Überweisung. Es zeigt jedoch, dass Überweisungen zum einen sehr kritisch von Patientinnen beurteilt werden und zum anderen lässt es darauf schließen, dass Hebammen gelegentlich in Interessenskonflikte zwischen der medizinischen Versorgungsstruktur und dem Willen ihrer Patientinnen geraten.

Eine Informantin aus Filomeno Mata, die ich im Gesundheitszentrum kennengelernt habe und die ich im Nachhinein erneut aufgesucht habe, nennt mir einen weiteren Grund außerhalb einer medizinischen Einrichtung zu entbinden. Sie sagt:

„Ich denke, dass die Patientinnen nicht wollen, weil es einige [Ärzte] gibt, die sie in ein anderes Krankenhaus schicken. Ja, mir macht es Angst, dass man mich operiert, darum ist es besser, wenn die Geburt hier in meinem Haus passiert als dort im Gesundheitszentrum.“ (P12)

Der Begriff Operation wird selten weiter differenziert und kann sowohl Kaiserschnitt, Episiotomie als auch Tubenligatur bedeuten. Im lokalen Sprachgebrauch wird das Wort Operation vornehmlich für Kaiserschnitt und Tubenligatur verwendet. Wenn von der Episiotomie gesprochen wird heißt es z.B. „*ich wurde geschnitten*“ (span. „*me cortaron*“). Gelegentlich wird von Leien das spanische Wort „*Cesárea*“ für Kaiserschnitt verwendet, sodass dann das Wort Operation mit der dauerhaften Empfängnisverhütung assoziiert wird. Die Totonaco sprechende – ein- und zweisprachige – Bevölkerung unterscheidet meistens nicht direkt zwischen den drei chirurgischen Maßnahmen und bezeichnet sie allesamt als Operationen. Welche Art von Operation gemeint ist, muss dem Kontext entnommen oder durch detailliertere Umschreibungen erklärt werden. Allgemein kann man jedoch sagen, dass das Wort Operation weitgehend negativ assoziiert ist und mit unterschiedlichen anderen Kategorien in Verbindung steht. Im vorangegangenen Zitat verbindet die Informantin z.B. die Überweisung von einer medizinischen

Einrichtung in eine andere, wie es häufig in Filomeno Mata geschieht, mit der unumgänglichen Schnittentbindung.

Eine Schwangere Informantin aus Coyutla erklärt während einer FGD, warum sie Angst hat, im Krankenhaus zu entbinden. Sie sagt:

„Ich habe Angst, dass sie mich operieren! Es gibt Fälle, obwohl du entbinden¹⁶⁰ kannst, aber es einfacher für die Ärzte ist, werden sie zu dir sagen 'Weißt du was? Wir werden dich operieren!' und mir hat es nie gefallen, dass man mich operiert. Das macht mir viel Angst und deswegen gefällt es mir nicht, zum Arzt zu gehen. Ehrlich gesagt, den Ärzten gefällt es nicht zu kämpfen, sie wollen nicht abwarten. Das schnellste für sie ist der Kaiserschnitt und fertig, [...].“ (P2.2)

Während derselben FGD sagt eine andere Teilnehmerin:

„Wenn das Baby schlecht liegt, massiert die Hebamme dich wenigstens und verändert so seine Position¹⁶¹. Du entbindest schnell, wenn eine Hebamme dich massiert hat. Wenn es bei den Ärzten schlecht liegt, operieren sie dich. Es wird ein Kaiserschnitt gemacht, die bringen es nicht in Ordnung.“ (P2.3)

Die Angst vor einer, in den Augen der Patientinnen, sinnlosen Operation ist begründet, wenn man sich einige Publikationen zum Thema Kaiserschnitt anschaut. Seit 1985 empfiehlt die WHO eine Kaiserschnitttrate von 10-15%¹⁶², die sich an Ländern mit einer besonders niedrigen perinatalen Mortalitätsrate orientiert, die scheinbar mit einer Kaiserschnitttrate unter 10% korreliert (WHO 1985: 437). Nur sehr wenige Länder verzeichnen Kaiserschnitttraten unter 10%, so z.B. die Niederlande und Japan. In Japan liegt der geringen Kaiserschnitttrate eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme traditioneller Hebammen zugrunde (Puentes Rosas et al. 2004: 17). Aktuelle Angaben zur Kaiserschnitttrate in Mexiko liegen leider zurzeit nicht vor. Puentes Rosas et al. ermittelten 2004 jedoch eine jährlich steigende Tendenz. Besonders hoch war 2000 der

160 Im Spanischen ist es üblich „aliviarse“ für das Verb entbinden zu gebrauchen. Dieses Verb bedeutet in anderem Kontext u.a. erleichtern, nachlassen oder mildern und bezieht sich dort vor allem auf Schmerzen und Sorgen.

161 Eine der Aufgaben der Hebammen ist die Veränderung der Position des ungeborenen Kindes im Mutterleib durch gezielte Bewegungen des Bauches der Schwangeren. Durch diese Praxis kann eine institutionelle Geburt oder ein bevorstehender Kaiserschnitt möglicherweise umgangen werden. Im Spanischen spricht man von „acomodar“, wobei dies auch „bequem machen“ heißen kann.

162 Vgl. Ye et al. (2014)

Anteil von durchgeführten Kaiserschnitten pro geborenem Kind im privaten Sektor. Einer Kaiserschnittrate von 53% im privaten Sektor, stand einer Rate von 24,8% der staatlich Versicherten gegenüber. Abhängig war die Rate zusätzlich vom jeweiligen Bundesstaat. Außerdem konnte ein Stadt-Land-Gefälle ermittelt werden. Auf nationaler Ebene stieg die Kaiserschnittrate zwischen 1991 und 2000 jährlich insgesamt um 1%. 1999 lag die Kaiserschnittrate bei ca. 35% (Puentes Rosas et al. 2004: 18-19). 2007 publizierten Betrán et al., dass Lateinamerika mit 29,2% die Region – noch vor Nordamerika (24,3%) – mit der weltweit höchsten Kaiserschnittrate ist. Vor allem in Mexiko war der Anteil 2002 enorm hoch, 39,1% aller Neugeborenen kamen per Kaiserschnitt zur Welt. Einzig die Volksrepublik China verzeichnete 2000 eine geringfügig höhere Rate von 40,5%. Demnach ist zu vermuten, dass ein Anteil der durchgeführten Kaiserschnitte keiner absoluten Indikation unterlagen (Betrán et al. 2007).

Aktuelle Quellen besagen, dass eine nicht ausreichend gerechtfertigte Schnittentbindung zahlreiche Risiken für die schwangere Patientin birgt (Souza et al. 2010) und eine geplante vaginale Geburt einem geplanten Kaiserschnitt vorzuziehen ist. Verglichen mit der geplanten vaginalen Geburt, hat ein geplanter Kaiserschnitt ein erhöhtes Risiko für Herzversagen, Hämatome, post- oder intraoperative Histerektomie, Infektionen im Wochenbett, Hämorrhagien verschiedener Genese und verlängerte Krankenhausaufenthalte (Liu et al. 2007: 457).

Die übliche Routine, Patientinnen mit vorangegangenem Kaiserschnitt auch bei folgender Schwangerschaft operativ zu entbinden, ist nicht evidenzbasiert und erhöht verschiedenste Gesundheitsrisiken für die Patientin (Chalmers 1992: 710, Silver et al. 2006: 1228-1229). Dennoch werden Folgekaiserschnitte in einigen Regionen Mexikos nach wie vor obligat durchgeführt und konnten auch von mir im Rahmen meiner Feldforschung beobachtet werden.

Eine Informantin berichtete mir beispielsweise während eines Interviews, dass sie nicht ins Krankenhaus gehen würde, weil dies für sie evtl. einen Kaiserschnitt bedeuten würde, auf den mit Sicherheit weitere folgen würden. Außerdem erklärt sie mir, dass nach dem dritten Kind bzw. Kaiserschnitt eine Sterilisation folgen würde. Beide Eingriffe – die Folgekaiserschnitte und die Tubenligatur nach wiederholtem Kaiserschnitt – sind laut medizinischem Personal in der Tat Teil der üblichen Praxis in mexikanischen Krankenhäusern.

Ein weiterer Eingriff, der ebenfalls unter Operation verstanden wird, ist die oben bereits

angesprochene Episiotomie. Die Patientinnen werden in der Regel nicht über die Episiotomie aufgeklärt, obwohl diese bei Erstgebärenden eine Routinemaßnahme darstellt. Oftmals werden Patientinnen auch während der Geburt nicht über die durchgeführte Episiotomie informiert oder erfahren von dieser erst, wenn sie gegen Ende wieder verschlossen wird. Einige Ärzt_innen, die ihre Patientinnen auf eine bereits durchgeführte Episiotomie hinweisen, tun dies, um diese zu „motivieren“. Ein Ärztin sagt zu ihrer Patientin im Kreißaal:

„Ich hab dir dort unten schon eine Operation gemacht, streng dich jetzt an!“

(P5.1)

Die Episiotomie, die grundsätzlich zur Prävention unkontrollierter Risse und folgender Darminkontinenz durchgeführt wird, wird in einigen Fällen auch zur Vergrößerung des Geburtskanals benutzt. Ein Arzt in Filomeno Mata, der bereits eine Episiotomie durchgeführt hatte, vergrößerte diese einige Male, nachdem die Maßnahme nicht zu einer Beschleunigung des Geburtsvorganges geführt hatte.

Allgemein wird die Episiotomie von behandelnden Ärzt_innen wenig hinterfragt und als Routinemaßnahme der institutionellen Geburt dargestellt. Ein Arzt aus Filomeno Mata erklärt mir, dass „Risikogeburten“ überwiesen werden und „normale Geburten“ im Gesundheitszentrum versorgt werden können. Er sagt:

„[...] wenn es eine normale Geburt ist, beispielsweise eine Erstgebärende, kann man eine Episiotomie machen, 'Los geht's!', man kann sie ohne Probleme hier behandeln.“ (P17.1)

In der Fachliteratur ist die routinemäßige Episiotomie bereits seit langem als obsolet angesehen (Carroli G 1999). Lede et al. bezeichnen eine Episiotomierate über 30% als nicht gerechtfertigt (Lede et al. 1996: 1400). Hartmann et al. zeigen anhand einer Metaanalyse der bestehenden Fachliteratur, dass die Episiotomie nicht zu geringerem Auftreten von Darm- oder Blaseninkontinenz führt und darum eine zurückhaltende Einstellung gegenüber der Maßnahme empfehlenswert ist (Hartmann et al. 2005: 2144-2146). Eine Untersuchung von insgesamt 122 lateinamerikanischen Krankenhäusern ergab, dass die Episiotomierate in der Region im Median 92,3% zwischen 1995 und 1998 betrug. In den untersuchten mexikanischen Krankenhäusern (2) war die Rate mit 69,2% am geringsten (Althabe et al. 2002: 946).

Meine persönlichen Beobachtungen zeigen, dass bei jeder Erstgebärenden eine Episiotomie durchgeführt und bei Folgegeburten zurückhaltender verfahren wird, Episiotomien aber dennoch häufig durchgeführt werden. Vor allem eine vorangegangene Hausgeburt ist ein Argument, dass die Episiotomie ausschließt. Da jedoch hauptsächlich Erstgebärende das Regionalkrankenhaus bzw. das Gesundheitszentrum zur Entbindung aufsuchen, ist die Rate sicherlich höher als die von Althabe et al. 2002 publizierte Rate von 69,2%¹⁶³.

Die Patientinnen selbst haben unterschiedliche Ansichten was die Episiotomie betrifft. Einige sehen sie als unumgängliche Maßnahme der institutionellen Geburt an und ertragen sie wortlos, für andere ist die Episiotomie ein Vorteil der (bio-)medizinischen Versorgung gegenüber der traditionellen Hebamme. Eine Informantin aus Coyutla sagt:

„[...] ich sage der Vorteil eines Arztes ist, dass wenn das Kind nicht raus kommt, kann er dich wenigstens schneiden. Mit der Hebamme geht das nicht.“ (P2.4)

Für andere ist die Episiotomie ein Grund das Regionalkrankenhaus zu meiden. Eine Informantin aus Cerro Grande, Gemeinde des Gemeindebezirks Filomeno Mata, erwähnt die Episiotomie nur beiläufig, während sie argumentiert, warum sie die traditionelle Hebamme dem Regionalkrankenhaus vorzieht.

„Mir macht das Krankenhaus Angst. Ich habe Angst vor den Spritzen, ich will nicht dass sie mir etwas spritzen. Man sagt, sie schneiden dich dort!“ (P90)

Neben einer ablehnenden Haltung dem „Schneiden“ gegenüber, wird hier auch eine andere häufig genannte Angst der Patientinnen laut. Viele der Patientinnen und Bewohnerinnen, aber auch Hebammen, betonen, dass ihnen verschiedenste medizinische Interventionen Angst machen oder sie diese prinzipiell ablehnen. Hierzu gehören u.a. (Oxytocin-) Injektionen, Infusionen und Blasenkatheter.

Einige Autoren betonen, dass gerade obsolete medizinische Maßnahmen und nicht evidenzbasierte Routine die MMR negativ beeinflussen. Während ein unreflektierter

¹⁶³ Zeitweise wurden Episiotomien sogar als Operationen in die Buchhaltung des Regionalkrankenhauses aufgenommen, um auf diesem Weg die Produktivität der Institution zu steigern.

Gebrauch von Ultraschall Diagnostik, die Verwendung von Oxytocin und fetalem Monitoring nicht zwangsläufig mehr Sicherheit bedeuten, sondern erhöhte Kaiserschnittraten verursacht, gilt der Kaiserschnitt ohne absolute medizinische Indikation als eine der häufigsten Ursachen der Müttersterblichkeit (Alonso und Gerard 2009: 97). Zusätzlich wird die MMR durch etwaige medizinische Maßnahmen, die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung, die Möglichkeit der Anwesenheit von Familienangehörigen und den Zugang zu medizinischer Basisgesundheitsversorgung beeinflusst. Die Gesamtheit dieser Faktoren erzeugt negative Assoziationen. Diese haben zur Folge, dass manche Patientinnen auch im Ernstfall nicht von der Nützlichkeit der Basisgesundheitsversorgung überzeugt werden können.

Es zeigt sich somit, dass Einstellungen und Beurteilungen im Kontext reproduktiver Gesundheit aus Sicht der Bewohner und Patientinnen multifaktoriell determiniert sind. Somit kann reproduktive Gesundheit weder ausschließlich durch die medizinischen Einrichtungen selbst, noch anhand bevölkerungsspezifischer Faktoren allein evaluiert werden. Es ist jedoch zu vermuten, dass eine ablehnende Haltung gegenüber der lokalen (bio-)medizinischen Basisgesundheitsversorgung von einer minderwertigen, sowohl quantitativen als auch qualitativen Güte der Basisgesundheitsversorgung abhängig ist.

7.2 Traditionelle Hebammen in der Sierra de Totonacapan

Im folgenden Abschnitt sollen drei Leitfragen beantwortet werden:

- 1) Warum werden traditionelle Hebammen aufgesucht?
- 2) Wie hat sich die Hebammentätigkeit verändert?
- 3) Wie wird die Hebammentätigkeit bewertet?¹⁶⁴

Häufig wird der Fehler begangen, die Bevorzugung einer traditionellen Hebamme ausschließlich durch eine vermutete kulturelle Verbindung zu erklären. Das Verhalten der lokalen Bevölkerung kann jedoch nicht durch Kultur allein erklärt werden und ist stark von anderen, beispielsweise sozioökonomischen, Faktoren abhängig. Zur Analyse des Verhaltens der lokalen Bevölkerung und der Beantwortung der 1. Leitfrage werden traditionelle Hebammen in Abgrenzung zu institutionellen, medizinischen Struk-

¹⁶⁴ Im Voraus muss gesagt werden, dass die drei im Folgenden bearbeitenden Leitfragen inhaltlich nicht klar von einander abzugrenzen sind.

turen evaluiert. Ich werde die Motivation der Bevölkerung, von einer traditionellen Hebamme behandelt zu werden, zunächst aus Sicht des medizinischen Personals erläutern. Anschließend werde ich auf die Meinungen der traditionellen Hebammen selbst und der lokalen Bevölkerung eingehen.

7.2.1 Warum werden traditionelle Hebammen aufgesucht?

Die in der Fachliteratur betonte kulturelle Barriere, aufbauend auf „*beliefs associated with traditional birth practices*“, zwischen „*modern medical facilities*“ und „*the culture of potential users*“ (Thaddeus und Maine 1994: 1096)¹⁶⁵, spielt für die Meinungsbildung des medizinischen Personals eine entscheidende Rolle.

Bräuche, Sitten, aber auch „schlichte Gewohnheiten“ werden vom medizinischen Personal herangezogen, um sich das Verhalten der lokalen Bevölkerung zu erklären. Auch die gegenwärtig negative Einstellung gegenüber der eigenen medizinischen Tätigkeit wird auf diesem Weg begründet. Aus Sicht des medizinischen Personals drückt diese eine Eigenschaft der lokalen Bevölkerung aus, nämlich das scheinbare Unvermögen, mit Traditionen zu brechen. Eine Ärztin des Regionalkrankenhauses weist darauf hin, dass die besagte kulturelle Barriere das Hauptargument, eine traditionelle Hebamme aufzusuchen, sei. Auf die Frage, warum schwangeren Frauen traditionelle Hebammen aufsuchen, antwortet sie mir:

„Gewohnheit! Es ist Brauch, dass sie der Hebamme mehr glauben, als dem Arzt. Wenn eine Schwangere schon beim Arzt war und der Arzt ihr sagt, dass sie ins Krankenhaus gehen soll, macht sie es nicht! Sie sind sehr verschlossen durch ihre Bräuche und einer ihrer Bräuche ist die Hebamme.“ (P39)

Die zitierte Ärztin sieht in einem auf „*Gewohnheit*“ und „*Brauch*“ aufbauenden Vertrauensverhältnis zwischen lokaler Bevölkerung und traditionellen Hebammen eine der prinzipiellen Barrieren zwischen schwangeren Frauen und institutioneller Geburt. Sie argumentiert, dass „*einer ihrer Bräuche*“, also keine den medizinischen Einrichtungen innewohnende Ursache, verantwortlich für die Präferenzen seien. Gleichzeitig betont sie, dass die lokale Bevölkerung – insgesamt ist hier mit „*sie*“ vor allem die indigene Bevölkerung gemeint – „*sehr verschlossen durch ihre Bräuche*“ sei. Es kommt also ein essentialistischer Kulturbegriff zur Anwendung, der das Verhalten schwangere

165 Vgl. Castañeda Casey et al. (1996: 205), Young und Young Garro (1982: 1453)

Frauen und ihrer Angehörigen stereotypisiert.

Ein anderer Grund, der im vorangegangenen Zitat bereits angedeutet wurde, die traditionelle Hebamme dem medizinischen Personal vorzuziehen, besteht im Vertrauensverhältnis. Ein Arzt aus Filomeno Mata erklärt, dass die Entscheidung zwischen traditioneller Hebamme und ärztlichem Personal aufgrund des Vertrauensverhältnisses zu Gunsten der traditionellen Hebamme ausfallen würde. Diesem Vertrauen obliegt seiner Meinung nach eine kulturelle Beeinflussung:

„In Anwesenheit der Hebamme haben sie mehr Vertrauen, diese Hebammen haben aus unterschiedlichen Gründen keine Art von akademischer Ausbildung, sondern eine empirische Ausbildung, aber zweifellos haben sie mehr Gefühl dafür, Vertrauen auszustrahlen und in einen Austausch mit den Patientinnen zu kommen. [...] wegen der kulturellen Verwurzelung, weil die Mutter, die Großmutter, die Tante schon von Hebammen betreut wurde oder weil die Schwiegermutter für sie entscheidet, müssen sie von einer Hebamme entbunden werden. In solchen Situationen entscheiden mehr die Angehörigen, vor allem wenn es sich um eine Erst- oder Zweitgebärende handelt.“ (P18.1)

Der an dieser Stelle zitierte Arzt erklärt sich das Vertrauen, das schwangere Frauen in traditionelle Hebammen haben, durch eine „kulturelle Verwurzelung“. Vor allem die „kulturelle Verwurzelung“ weiblicher Angehöriger beeinflusst die Schwangere in ihrer Entscheidungsfindung. Nicht selten wird „die Schwiegermutter“ bei vielen Erklärungsmodellen herangezogen. In Filomeno Mata verlassen Frauen bzw. Töchter üblicherweise ihre eigene Familie, um bei ihrem (Ehe-)Mann und dessen Familie zu leben. Da zumeist Frauen in der Region Entscheidungen im Rahmen von Gesundheit und Krankheit treffen und jüngere Generationen Rat bei Älteren suchen, spielt die Schwiegermutter eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung für oder gegen eine traditionelle Hebamme und sucht diese häufig aus.

Ein anderer Arzt erklärt sich das Vertrauensverhältnis zwischen traditioneller Hebamme und schwangeren Patientinnen aus einer anderen Perspektive, nämlich dem Umgang des medizinischen Personals mit seinen Patient_innen:

„Früher, zum Beispiel, wenn man zum Arzt gegangen ist [...], hat er dich

geschimpft und du hast dich gefragt 'Warum gehe ich zum Arzt, wenn er mich schimpft?'. So war das! Und diese Einstellung hat zum Teil hier¹⁶⁶ überdauert. Der Arzt schimpft den Patienten. Sie suchen die Hebamme, erstens weil es keine Ärzte gibt und zweitens ist es billiger für sie, als ins Krankenhaus zu kommen.“ (P4)

Diese Erklärung bezieht sich nicht auf die Kultur der Patient_innen, sondern auf das Verhalten der Ärzt_innen gegenüber diesen. Die Arzt-Patienten-Beziehung von „früher“, die dieser Informant beschreibt, sei von einem patriarchalen Umgang der Ärzt_innen mit ihren Patient_innen geprägt. Des Weiteren erwähnt er die finanzielle Situation der Bevölkerung und den Personalmangel in medizinischen Einrichtungen der Region. Die drei hier genannten Gründe für die wahrgenommene Bevorzugung der traditionellen Hebamme spiegeln Aspekte wider, die mit dem medizinischen Personal selbst und der finanziellen Situation der Patient_innen verbunden sind. Dieser Arzt sieht zunächst davon ab, Erklärungen, die auf die Kultur der lokalen Bevölkerung aufbauen, heranzuziehen. Im weiteren Verlauf des Interviews konkretisiert sich seine Argumentation weiter:

„Man kann sagen, dass es sich um Patienten handelt, die überall¹⁶⁷ sterben könnten. Aber schlussendlich bevorzugt die Bevölkerung die Hebamme, das beobachten wir schon lange. Viele Menschen wurden von Hebammen versorgt, danach kamen die Ärzte und Krankenschwestern und erst am Ende die Gynäkologen. Gut, hier entbindet ein Allgemeinmediziner [...]. Die Hebamme ist hier Brauch! Menschen, die keine Ahnung von Medizin haben, kommt es nicht in den Sinn, dass es Komplikationen mit dem Kind oder der Mutter geben kann. Wenn es irgendwo passiert, wissen sie, dass man bei der Geburt sterben kann und sie haben ein bisschen Furcht, aber sie erkennen nicht, dass sie selbst Komplikationen haben könnten. Mit der Hebamme ist es billiger und dort werden sie umgehend versorgt. Natürlich sind die Ärzte in solchen Regionen weniger¹⁶⁸ ausgebildet. Die Ärzte, die

166 Mit „hier“ sind, das geht aus dem Gesprächsverlauf hervor, das Regionalkrankenhaus in Entabladero bzw. medizinische Einrichtungen in der Region allgemein, gemeint. Der zitierte Arzt hat vorher in einer größeren Stadt praktiziert und vergleicht hin und wieder das Gewohnte mit dem in der Sierra de Totonacapan präsenten.

167 Gemeint ist „Auch in einer anderen medizinischen Einrichtung“

168 Mit „solchen Regionen“ sind die ländlichen Gemeindebezirke im Umkreis des Regionalkrankenhauses gemeint, wobei erfahrungsgemäß auf den im Hochland gelegenen Gemeindebezirk Filomeno Mata angespielt wird. In diesem Beispiel wird dies ebenfalls der Fall sein, da in anderen Gemeindebezirken, beispielsweise Coyutla, keine Entbindungen durchgeführt werden.

hier [im Regionalkrankenhaus] arbeiten, entbinden täglich, manchmal drei Geburten. Sie sind mehr ausgebildet als die Ärzte, die in der Hochebene ab und an mal eine Geburt betreuen. Heutzutage gibt es gute Hebammen, die auch wissen wie man entbindet und sie sind erfolgreich, das ist der Grund, warum sie nicht hierher kommen. Es kommen aber immer mehr! Leider haben wir nicht zu jeder Zeit einen Gynäkologen. Gäbe es einen, würden sicherlich alle hier herkommen um zu entbinden.“ (P4)

Die Qualität der Basisgesundheitsversorgung und die Qualifikation des medizinischen Personals sind aus Sicht des zitierten Arztes entscheidungsführend. Diese Argumentation kann nur beibehalten werden, so wie es auch in diesem Beispiel getan wird, indem man davon ausgeht, dass auch die Qualität der Hebammentätigkeit gestiegen sein muss. Gleichzeitig wird an diesem Beispiel deutlich, dass die suggerierte „*kulturelle Verwurzelung*“ überwunden werden kann.

Die vorangegangenen vier Zitate zeigen, dass „*Gewohnheit*“, „*Bräuche*“ und eine „*kulturelle Verwurzelung*“ für das medizinische Personal häufig verwendete Argumente sind, die Präferenzen schwangerer Frauen und ihrer Familienangehörigen zu erklären. Auch wenn in einigen Fällen andere Erklärungen herangezogen werden, wie beispielsweise ökonomische Faktoren oder die Arzt-Patienten-Beziehung, spielt Kultur aus Sicht des medizinischen Personals eine übergeordnete Rolle. Dies liegt zum einen am verwendeten Kulturbegriff und zum anderen an der Vorstellung, dass es sich bei der Bevölkerung um Menschen handelt, „*die keine Ahnung von Medizin haben*“, demnach eine auf Wissen gründende Hierarchie bzw. Machtverhältnis besteht. Besser verständlich wird dies, wenn die „*akademische Ausbildung*“ der „*empirischen*“ als in jedem Fall überlegen gegenübergestellt wird. Gleichzeitig verdeutlicht sich hierin auch eine Hierarchie der Kulturen, innerhalb dessen Gefüge sich eine Dominanzkultur erhält, ohne deren Verständnis das wahrgenommene Verhalten nicht interpretiert werden kann. Der 1995 von Rommelspacher, einer deutschen Psychologin und Pädagogin, etablierte Begriff der „*Dominanzkultur [ist] als ein Geflecht verschiedener Machtdimensionen zu begreifen, die in Wechselwirkung zueinander stehen*“ (Rommelspacher 1995:22).

Ich habe eingangs zeigen können, dass Hebammenschulungen sehr kontrovers diskutiert werden. Die Betrachtung der Fachliteratur erlaubt demnach keine pauschale Aussage. Zum einen, weil selten ausschließlich Hebammenschulungen durchgeführt werden, sodass man ihren Effekt nicht isoliert analysieren kann. Zum anderen unter-

scheiden sich die jeweiligen Kontexte stark voneinander, sodass generelle Schlussfolgerungen unmöglich sind.

In der Sierra de Totonacapan werden Hebammenschulungen vom medizinischen Personal tendenziell positiv bewertet. Auch wenn gelegentlich die Qualität der Schulungen kritisiert wird, sind sie aus Sicht des medizinischen Personals die effektivste Intervention zur Senkung der MMR. Traditionelle Hebammen werden vom medizinischen Personal generell als Risikofaktor kritisiert. Die Hebammenschulungen, wie im folgenden Zitat eines Arztes des Regionalkrankenhauses betont wird, haben zur Verbesserung ihres Ansehens geführt:

“Wir wissen, dass diese empirischen Hebammen nützlich sind. Warum? Weil wenn eine normale Geburt ansteht, kann jeder Geburtshelfer sein. Es muss nicht zwingend ein Arzt sein. [...] ich denke schon, dass eine Hebamme in den Gemeinden nützlich ist, natürlich nur, wenn sie gut durch die Kurse, die sie bekommt, vorbereitet wird.” (P5.3)

Das medizinische Personal nimmt an, dass traditionelle Hebammen gerade aufgrund der Hebammenschulungen weiterhin aufgesucht werden. Im folgenden Zitat des bereits zitierten Arztes wird dies deutlich:

„Die Menschen der ländlichen Bevölkerung vertrauen immer noch in die empirischen Hebammen. Die empirische Hebamme hat immer noch eine Funktion und warum? Weil sie wissen, dass man die Hebammen im Gesundheitszentrum, in Institutionen der Regierung schult und darum geht ein Teil noch zu ihnen.“ (P5.3)

Dass dies für die Gesamtheit der „ländlichen Bevölkerung“ zutrifft muss angezweifelt werden, da auch traditionelle Hebammen, die sich den Schulungen verweigern, aufgesucht werden. Eines der Hauptargumente für die Hebammenschulungen ist die Überweisung von Patientinnen durch traditionelle Hebamme an medizinische Einrichtungen. Die „ländliche Bevölkerung“ kritisiert traditionelle Hebammen jedoch häufig für Überweisungen.

Außerdem wird erklärt, dass Hebammenschulungen in „Institutionen der Regierung“ durchgeführt werden. Diese offiziellen¹⁶⁹ und überregionalen Schulungen, wie der

169 Artikel zu dieser Veranstaltung wurden zeitnah in der regionalen Presse veröffentlicht (u.a. de Luna

bereits erwähnte „Curso de Parteras Tradicionales con Enfoque Intercultural“ in Poza Rica, implizieren jedoch nicht automatisch ein hohes Qualitätsniveau.

Eine Supervisorin aus Poza Rica akzentuiert weitere Auswirkungen der Hebammen-schulungen:

„Hier versuchen wir die Hebammen auszubilden, darum machen wir Kurse für sie. Man vermittelt ihnen ein Hygieneverständnis und Präventionsmaßnahmen. Man bringt ihnen bei, dass sie, wenn sie nicht entbinden können, sofort weiter ans Krankenhaus überweisen. Sie sollen die Patientinnen direkt an die Hand nehmen, in ein Auto legen und zum Krankenhaus bringen. Aber um ihnen etwas beizubringen, müssen wir mit den Hebammen zusammenarbeiten. Darum gibt es diese Programme. 'Hol sie da raus!' Nicht wie vorher, wenn das Baby nicht geboren werden konnte, was ist da passiert? Sie haben es in Stückchen herausgezogen!“ (P25)

Sie betont vor allem die Überweisung von Patientinnen durch traditionelle Hebammen an medizinische Einrichtungen. Ihrer Meinung nach werden diese durch Schulungen erzielt. „Vorher“, als noch keine Schulungen durchgeführt wurden, kam es häufiger zu Komplikationen, für die traditionelle Hebammen keine adäquaten Handlungsoptionen hatten. Sie geht weiterhin davon aus, dass Aspekte wie Hygieneverständnis oder Präventionsmaßnahmen „vorher“ nicht oder nur mangelhaft vorhanden waren. Es wird klar, dass die Zusammenarbeit „um ihnen etwas beizubringen“ einen unidirektionalen Ausbildungscharakter hat. Ein Arzt aus Filomeno Mata berichtet, dass die Anerkennung der traditionellen Hebammen in der Gemeinde, das medizinische Personal zu Hebammenschulungen motiviert hat:

„Die Hebamme hat hier eine wichtige Rolle. Weil die Bevölkerung manchmal mehr Vertrauen in die Hebammen hat als in uns, hat die Institution hier versucht ein Team mit den Hebammen zu bilden und sie nicht auszugrenzen. Sie ins eigene Team zu stecken, sie auszubilden, mit ihnen Kurse zu machen damit die Hebammen die Alarmzeichen der Schwangeren identifizieren. Wozu? Um die Schwangeren an das Gesundheitszentrum zu überweisen! Wenn sie dann schon hier sind und es nötig ist, kann man sie gegebenenfalls weiterschicken. Es ist wie immer, es gibt gute

Gaona 2012)

Hebammen, die die Alarmzeichen identifizieren und uns die Patientinnen schicken und es gibt Hebammen, die es immer noch nicht machen, auch wenn sie geschult wurden, sie setzen nicht um, was man ihnen in den Kursen beibringt.“ (P19)

Eine „gute Hebamme“ ist für ihn eine traditionelle Hebamme, die Alarmzeichen erkennt und rechtzeitig überweist. Eine „gute“ Bewertung des medizinischen Personals korreliert daher stark mit der Überweisungsfrequenz einer traditionellen Hebamme. Die tatsächlichen Gründe, warum die Bevölkerung mehr Vertrauen in eine traditionelle Hebamme hat, bleiben dem medizinischen Personal verborgen. Dies hat zur Folge, dass eine traditionelle Hebamme, die in der Bevölkerung als „gute Hebamme“ angesehen wird, vom medizinischen Personal nicht gleichermaßen als „gute Hebamme“ bewertet wird. Gelegentlich werden traditionelle Hebammen, gerade weil sie nicht umsetzen, „was man ihnen in den Kursen beibringt“, von Patientinnen aufgesucht.

Nichtsdestotrotz scheint in manchen Fällen das medizinische Personal Recht zu haben, wenn es postuliert, dass die Anerkennung traditioneller Hebammen durch Schulungen in „Institutionen der Regierung“ gestiegen ist, wie das folgende Zitat einer Schwangeren verdeutlicht:

„Ja, dort in Mecatlán¹⁷⁰ gibt es etwa drei Hebammen, man gibt ihnen auch Kurse, sie haben auch ihr Studium [...]. Man sagt, sie müssen bis nach Papantla reisen!“ (P35)

Es zeigt sich, dass das Vertrauen in traditionelle Hebammen durch die Kurse gestiegen ist. In der Sierra de Totonacapan, in der der Großteil der erwachsenen, vor allem indigenen Bevölkerung nicht zur Schule gegangen ist, wird eine formelle Ausbildung als Privileg und Wohlstandsgut angesehen, das bis vor kurzem nur privilegierten Teilen der Bevölkerung möglich gewesen ist. Nun haben traditionelle Hebammen die vorher, ebenso wie ihre Patientinnen nicht zur Schule gegangen sind, „ihr Studium“ für das sie „bis nach Papantla reisen“ müssen. Diese formelle Qualifikation nähert traditionelle Hebammen, aus Sicht der lokalen Bevölkerung, der biomedizinischen Versorgung an.

Im Interview mit einer Hebamme aus Coyutla, die dort häufig aufgesucht wird und sich

170 Mecatlán ist eine der insgesamt acht Gemeindebezirke im Einzugsgebiet des Regionalkrankenhauses.

selbst nicht als traditionelle Hebamme sieht, betont diese eine Motivation eine traditionelle Hebamme aufzusuchen und greift damit eine häufig von der Bevölkerung genannte Begründung auf.

„Ich werde dir mal was verraten, der Großteil der Menschen schätzt uns, weil wir verfügbar sind, das ist der Hauptgrund. Du siehst ja, dass die Geburten fast immer in der Nacht sind, die Geburten sind nicht am Tag.“
(P3)

Aus Sicht dieser Informantin ist die ständige Verfügbarkeit der traditionellen Hebammen im Gemeindebezirk, einer der „Hauptgründe“ für die Konsultation dieser. Oft fehlt es an Transportmöglichkeiten, an Mitteln diese zu finanzieren oder der Geburtszeitpunkt fällt nicht in die Öffnungszeiten der Gesundheitszentren. Es zeigt sich an dieser Aussage, dass die äußeren Umstände, mehr als Kultur, das Verhalten der lokalen Bevölkerung determinieren.

Während in Filomeno Mata schwangere Frauen von einer traditionellen Hebamme und dem Gesundheitszentrum zugleich betreut werden und somit im Verlauf der Schwangerschaft und zum Zeitpunkt der Geburt weitestgehend beide Möglichkeiten in Anspruch nehmen können, werden die meisten Schwangeren in Coyutla in medizinischen Einrichtungen betreut. Für traditionelle Hebammen in Coyutla bedeutet dies unter Umständen, dass sie eine Patientin zum ersten Mal sehen, wenn sie am Tag der Geburt zu ihnen kommt. Die Entscheidung eine traditionelle Hebamme aufzusuchen begründet sich in diesem Fall durch eine Notwendigkeit und nicht durch eine „kulturelle Verwurzelung“ oder einen leichtfertigen Pragmatismus.

Ähnlich wie auch die Arzt-Patienten-Beziehung variiert die Hebammen-Patienten-Beziehung bei jeder individuellen Behandlungsbeziehung. Sie hat aber in keinem Fall einen strukturierten Leitliniencharakter wie es in der Biomedizin angestrebt wird. Jede traditionelle Hebamme wird aufgrund ihrer speziellen Eigenarten aufgesucht. Eine traditionelle Hebamme beschreibt ihre Arbeit wie folgt:

„Sie kommen allein zur Welt, auch Erstgebärende, ich dehne nur den Hals¹⁷¹. Ich warte bis zum Ende, darum braucht eine Geburt stundenlange Fürsorge. Wenn ich eine Geburt einer Erstgebärenden in der Nacht habe,

171 Gemeint ist das äußere Genital.

dann schlafe ich nicht. Es scheint als wäre ich im Bett, aber ich schlafe nicht. Die Patientinnen beklagen sich vor Schmerzen. Manchmal sage ich, dass ich nicht mehr entbinden möchte, aber sie suchen mich auf. Was soll ich da machen?“ (P3)

Auch wenn ich bei der Beantwortung der Frage *„Wie hat sich die Hebammentätigkeit verändert?“* dieses Zitat weitgehend relativieren werde, kommt hier die Eigenschaft der traditionellen Hebammen, Geburt und Schwangerschaft als einen natürlichen Prozess anzusehen, zum Ausdruck. Diese Eigenschaft grenzt die institutionelle Geburt von der hebammenbetreuten Hausgeburt ab. In Gesprächen mit der lokalen Bevölkerung verdeutlicht sich dies in der Unterscheidung zwischen einer *„normalen Geburt“* und einer *„Geburt im Krankenhaus“*. Eine Unterscheidung, die wohl gemerkt auch von finanziell besser gestellten Bevölkerungsschichten betont wird, wobei hier die *„normale Geburt“* von privat bezahlten, niedergelassenen Ärzt_innen durchgeführt wird und die *„Geburt im Krankenhaus“* in Referenzkrankenhäusern in Poza Rica oder Papantla stattfindet. Bezüglich des geschützten privaten Raums, der ständigen Bereitschaft, der individuellen Behandlung und der „out-of-pocket“-Zahlung der behandelnden Person¹⁷² unterscheidet sich die *„normale Geburt“* bei niedergelassenen Ärzt_innen und der traditionellen Hebamme demnach nicht.

Im Interview mit dem Sohn einer anderen traditionellen Hebamme aus Coyutla erklärt dieser im Beisein seiner Mutter:

„Sie [die schwangeren Frauen] werden von den Ärzten kontrolliert. Abhängig davon, was der Arzt ihnen sagt, wählen sie aus. Aber wenn sie morgens um 1.00 Uhr entbinden und keine Möglichkeit haben, den Ort zu verlassen, kommen sie zu meiner Mutter. Am nächsten Tag, am Morgen gehen sie dann zum Arzt und erzählen ihm, wie die Geburt verlaufen ist¹⁷³. Meine Mutter hat alles hier, um sie zu wiegen, zu messen, meine Mutter hat alles! Ihre ganze Ausrüstung hat man ihr bei den Kursen gegeben.“ (P88)

Die Ärzt_innen in Coyutla oder anderen medizinischen Einrichtungen weisen im Gespräch mit ihren Patientinnen nicht auf die Möglichkeit einer hebammenbetreuten

172 Die Behandlungskosten bei niedergelassenen Ärzt_innen sind in der Regel deutlich höher als bei einer traditionellen Hebamme

173 Da in der Region Geburtsurkunden nur vom medizinischen Personal ausgefüllt werden können, kommen Mutter, traditionelle Hebamme und das Neugeborene nach der Geburt ins Gesundheitszentrum.

Geburt hin und empfehlen diese auch nicht. Mit der Aussage *„abhängig davon, was der Arzt ihnen sagt, wählen sie aus“* ist gemeint, dass die Entscheidung für oder gegen eine Hausgeburt davon abhängig ist, ob das medizinische Personal mögliche Komplikationen erkennt, sodass Patientinnen gegebenenfalls selbstständig von einer Entbindung durch eine traditionelle Hebamme absehen. Wenn die Schwangeren jedoch *„keine Möglichkeit haben den Ort zu verlassen“*, sind sie unter Umständen gezwungen, trotz möglicher Risiken eine traditionelle Hebamme aufzusuchen, obwohl es in diesem Fall besser wäre, eine_n Ärzt_in aufzusuchen .

Zusätzlich wird in diesem Zitat deutlich, dass in den Augen des Informanten Hausgeburten in vielen Aspekten der Entbindung in einer medizinischen Einrichtung ähneln. Dies zeigt sich zum Beispiel an der Verwendung von Utensilien, die sonst nur vom medizinischen Personal verwendet werden.

Für die Bevölkerung ist, neben der Verfügbarkeit der traditionellen Hebammen, auch die Art und Weise der Behandlung für die Auswahl einer speziellen traditionellen Hebamme entscheidend. Während einer Fokus-Gruppendiskussion in Coyutla mit dem Ziel, Gründe für die Konsultation einer traditionellen Hebamme zu erforschen, sagt eine Teilnehmerin:

„Bei den Geburten meiner Kinder bin ich bei einer Hebamme gewesen. Die Hebamme, also so war es bei derjenigen, bei der ich gewesen bin, reibt einem den Bauch mit warmem Öl ein, wenn die Wehen beginnen. Das macht sie, damit das Baby geboren wird und die Plazenta sich löst. Die Hebamme hat mir gesagt, dass sie dies tut, damit die Plazenta geboren wird, außerdem motiviert mich das auch.“ (P2.4)

Wie bereits beschrieben, behandelt jede traditionelle Hebamme unterschiedlich. Dieser Informantin beispielsweise gefällt vor allem, dass ihre traditionelle Hebamme warmes Öl für Massagen während des Geburtsvorgangs verwendet. Das Argument *„außerdem motiviert mich das auch“* wird von weiblichen Informantinnen häufig genannt. In manchen Fällen wird auch die Anwesenheit des Ehemanns oder die Gabe spezieller Tees als motivierend empfunden. Eine Informantin vergleicht zum Beispiel die Anwendung von Tees mit der aus medizinischen Einrichtungen bekannten Infusion. Während sie glaubt durch das Trinken eines Tees besonders motiviert zu sein, kann sie den Zweck der Infusion nicht nachvollziehen und fühlt sich demnach auch nicht motiviert. Traditionelle Hebammen erklären ihren Patientinnen, warum *„sie dies tut“*. Diese

Erklärung macht, unabhängig davon, ob sie spirituelle oder therapeutische Elemente beinhaltet, die Arbeit der traditionellen Hebamme für ihre Patientinnen nachvollziehbar.

Abschließend ist die Frage „*Warum werden traditionelle Hebammen aufgesucht?*“ nicht eindeutig zu beantworten. Die Entscheidung eine traditionelle Hebamme aufzusuchen ist multifaktoriell beeinflusst. Damit Widersprüche zwischen den verschiedenen Informationen verstanden werden können, müssen einzelne Aussagen zunächst anhand der jeweiligen Rahmenbedingungen der Informant_innen kontextualisiert werden. Erst dann zeigt sich, dass Aussagen nicht als kontrafaktisch per se beurteilt werden können, sondern in ihrem jeweiligen Kontext durchaus nachvollziehbar erscheinen.

Besonders hervorzuheben ist, dass das medizinische Personal Beobachtungen und Erfahrungen, die es mit der lokalen Bevölkerung sammelt, vornehmlich durch eine „*kulturelle Verwurzelung*“ zu erklären versucht. Hierbei sind Beobachtungen und Erfahrungen de facto Teil der lokalen Realität, die Wahrnehmung und Interpretation des medizinischen Personals aber keinesfalls allgemeingültig.

7.2.2 Wie hat sich die Hebammentätigkeit verändert?

Es wird von mir vermutet, dass diverse Einflüsse die Hebammentätigkeit nachhaltig verändert haben. Hierzu gehören zum Beispiel biomedizinischer Präventionsprogramme, wiederholte Hebammenschulungen, die zunehmende Alphabetisierungsrate der lokalen Bevölkerung und die kontinuierliche Verdrängung indigener Sprachen¹⁷⁴. Welcher der unzähligen und teilweise augenscheinlich nicht wahrnehmbaren Einflüsse die Hebammentätigkeit in welcher Form verändert hat, kann retrospektiv kaum erforscht werden, sodass Kausalitätsprüfungen in diesem Abschnitt nicht das Ziel sein werden. Vielmehr soll an dieser Stelle versucht werden zu beschreiben, welche Veränderungen lokale Akteur_innen besonders wahrgenommen haben, um so die Flexibilität der scheinbar starren Traditionen zu belegen und eine realitätsbezogeneren Perspektive auf die Hebammentätigkeit herauszuarbeiten.

Eine der deutlichsten Veränderungen der letzten Jahre ist der kontinuierliche Rückgang der Anzahl entbindender traditioneller Hebammen, aber auch der Anzahl der betreuten

174 Anfang des 19. Jh. wird der Anteil der Bevölkerung, die in Mexiko eine indigene Sprache spricht, auf ca. 60% geschätzt. Bereits Ende dieses Jahrhunderts, 1895, war der Anteil auf 26% gesunken und 2005 repräsentierte die Bevölkerung mit Kenntnis einer indigenen Sprache nur noch 7% der Gesamtbevölkerung Mexikos (INALI 2008: 26).

Schwangerschaften und Geburten pro traditionelle Hebamme. In einigen Gemeindebezirken kommt es vor, dass Familien auf der Suche nach einer aus ihrer Sicht adäquaten traditionellen Hebamme ihren Gemeindebezirk verlassen. Eine andere prinzipielle Veränderung betrifft den Kontakt zwischen traditionellen Hebammen und medizinischen Einrichtungen, der vor allem von den Gesundheitszentren sehr akribisch unternommen wird. Auf dieser Ebene ist das Verhältnis jedoch weitgehend unidirektional. Während das Gesundheitszentrum bzw. das medizinische Personal eine aktive Rolle eingehen, bei der sie ihren Gegenüber überprüfen (z.B. Anzahl der Geburten, Entbindungstechniken etc.) und Forderungen stellen (Überweisung, Verbote etc.), bleiben die traditionellen Hebammen eher passiv. Die folgenden beiden Zitate verdeutlichen zwei Charakteristika der Beziehung zwischen medizinischem Personal und traditionellen Hebammen. Zwei unterschiedliche traditionelle Hebammen antworten mir auf die Frage „Wie hat sich ihre Arbeit in den letzten Jahren verändert?“:

„Es hat sich viel verändert, früher sind wir nie ins Gesundheitszentrum gegangen. Vor kurzem bin ich erst dort gewesen. Alles hat sich verändert. Jetzt fragen sie 'Wie behandelst du?', 'Wie versorgt man die Frauen und wann schickt man sie zum Arzt?'. Früher haben sie so etwas nie gefragt.“
(P11)

„Auch wenn ich [ins Gesundheitszentrum] nicht hingehen wollen würde, ich muss. Sie haben uns dort alles, was wir benötigen gegeben. Es macht Angst, wenn eine Schwangere nicht gebären kann, aber man weiß ja, dass man sie ins Gesundheitszentrum bringen kann. Dort werden dann die Ärzte die Verantwortlichen sein. Du wirst dich nicht mehr schlecht fühlen, weil die Verantwortung dann in anderen Händen liegt. Ich fühle mich nicht schlecht, weil ich meine Patientin überwiesen habe. Vor kurzem hat eine Frau, die nicht zu Hause konnte, ihr Kind im Gesundheitszentrum bekommen. Die Frau hat ihr Kind ganz schnell entbunden. Es ist besser, sie in das Gesundheitszentrum zu bringen, damit sie dir dort sagen, ob es schon Zeit für die Geburt ist.“ (P86)

Beide Informantinnen haben Kontakt zum Gesundheitszentrum. Die eine wird dort befragt wie sie arbeitet und bekommt gesagt wie sie in gewissen Situationen vorzugehen hat. Hier werden vor allem Überweisungsindikationen und gynäkologisches Wissen erfragt und versucht zu vermitteln. Die andere traditionelle Hebamme

bekommt im Gesundheitszentrum „*alles was wir benötigen*“ und nutzt das Gesundheitszentrum, um Verantwortung an das ärztliche Personal zu übergeben. Veränderungen, die hier klar zu benennen sind, sind die Aufmerksamkeit, die die traditionellen Hebammen vom Gesundheitszentrum bekommen und ein verändertes Verantwortungsbewusstsein. Insgesamt kann der Einfluss medizinischer Einrichtungen auf traditionelle Hebammen als Versuch verstanden werden, die Hebammentätigkeit sukzessiv an die biomedizinische Versorgung anzupassen. Außerdem wird durch die Vermittlung von Überweisungsindikationen der Spielraum der Hebammentätigkeit eingegrenzt, wobei sich dies aus der Sicht der traditionellen Hebammen auf ihr Verantwortungsbewusstsein auswirkt. Die Kombination aus Überwachung durch lokale medizinische Einrichtungen und relative Überweisungsindikationen führen dazu, dass traditionelle Hebammen schneller dazu neigen, ihre Patientinnen und die damit verbundene Verantwortung an das medizinische Personal zu übergeben. Für die traditionellen Hebammen ist diese Veränderung prinzipiell vorteilhaft, wie eine Informantin aus Coyutla erklärt:

„Wenn etwas passiert, die erste, der sie die Schuld geben, ist die Hebamme. Manchmal kommen sie schon mit Komplikationen. Patientinnen ohne Kontrolluntersuchungen kommen ganz spontan zu dir, manchmal mit der Nabelschnur um den Hals, manchmal kommt das Baby sitzend, weil sie niemals zu einer Kontrolle gegangen sind. Oft kommen sie und das Baby ist schon dabei herauszukommen. Wie gut, dass es Untersuchungen gibt, früher musste ich noch hart arbeiten, als es keine Kontrolluntersuchungen gegeben hat. Heute sage ich: 'Dieses Kind hat eine Nabelschnur um den Hals, ich werde es nicht entbinden!'. Warum soll ich mich der Angst aussetzen? Da will ich nichts mit zu tun haben, wenn sie sitzend kommen, ist es besser sie an den Arzt zu überweisen!“ (P3)

„Die Schuld“ bei Geburtskomplikationen oder Todesfällen wird primär bei der traditionellen Hebamme und nicht bei den Patientinnen oder anderen äußeren Umständen gesucht. Um Schuldzuweisungen und „der Angst“ vor möglichen Komplikationen aus dem Weg zu gehen, versuchen einige traditionelle Hebammen die Behandlung von Patientinnen ohne „Kontrolluntersuchungen“ zu vermeiden, auch wenn dies nicht immer möglich ist. Dass die Hebammenschulungen zu diesen Veränderungen beigetragen haben, ergibt sich anhand von Informantenaussagen. Eine traditionelle Hebamme aus Filomeno Mata, die dort überdurchschnittlich viele Schwangere betreut

und eng mit dem Gesundheitszentrum zusammenarbeitet, erklärt mir:

„Alle Ärzte, die im Gesundheitszentrum arbeiten, kennen mich. Alles was sie mir bei den Kursen sagen, erfülle ich. Alles was ich bei den Kursen gesagt bekomme, gebe ich so an die Frauen weiter und wem meine Arbeitsweise gefällt, sage ich all das.“ (P82)

Die Inhalte der Hebammenschulungen sind nicht an die lokale Realität der traditionellen Hebammen und Bevölkerung angepasst, dennoch wird „alles was“ die traditionellen Hebammen „bei den Kursen gesagt“ bekommen, angewandt und an die Patientinnen weitergeleitet. Dies bezieht sich nicht nur auf die teilweise vorschnelle Überweisung von Patientinnen, die sich ursprünglich für eine Hausgeburt entschieden haben, sondern auch auf die Anwendung bis dato überdauerter traditioneller Medizin. Der veränderte Umgang mit Kräutern, Tees etc. ist eine weitere Veränderung der Hebammentätigkeit, die die Interviews mit traditionellen Hebammen ergeben haben. Zwei Informantinnen, die erste aus Filomeno Mata und die zweite aus Coyutla, erklären, wie sie heutzutage mit Kräutern umgehen würden, wobei in beiden Beispielen erneut eine Annäherung an die Biomedizin deutlich wird.

„Sie fragen dich warum du den Frauen keine Kräuter geben darfst, wenn die Schmerzen gerade erst begonnen haben. Es ist wie mit den [Oxytocin-] Injektionen, sie werden ihr auch keine Injektion geben, wenn die Geburt gerade angefangen hat. Erst wenn sie sehr starke Schmerzen hat und man merkt, dass das Kind bald geboren wird. Im Gesundheitszentrum erklären sie uns, dass wir keinen Grund haben, ihnen irgendwelche Sachen zu geben. Außerdem fragen sie uns welche Kräuter wir ihnen geben.“ (P1)

„[...] nein, Kräuter gebe ich keine, nur kurz bevor sie gebären spritze ich ihnen eine Ampulle¹⁷⁵, das hilft ihnen. Es gibt ein paar, die ein krankes Baby haben, mit der Injektion wird es besser. Beim Zweiten Kind wissen sie sogar schon, dass sie eine Spritze bekommen.“ (P91)

Beide Zitate verdeutlichen ein unterschiedliches Niveau der Annäherung an die Biomedizin und gleichzeitig eine Distanzierung von üblicherweise verwendeten Methoden. Bei der erstgenannten Informantin verdeutlicht sich eine eher theoretische Annäherung,

¹⁷⁵ Häufig wird von den traditionellen Hebammen, die Oxytocin-Injektionen anwenden, in der Veterinärmedizin frei verkäufliches Oxytocin verwendet.

indem „Kräuter“ direkt mit „Injektionen“ verglichen werden, worauf eine Modifikation traditioneller Medizin folgt. Bei der zweiten Informantin führt die Annäherung sogar zu einer faktischen Übernahme biomedizinischer Methoden, die, aus ihrer Sicht, von ihren Patientinnen akzeptiert, evtl. sogar gewünscht werden, da sie nach dem ersten Kind bereits wissen, „dass sie eine Spritze bekommen“. Die Anwendung von Oxytocinpräparaten ist aus Sicht der Patientinnen, die diese Prozedur bereits von einer vorangegangenen institutionellen Geburt kennen, nicht ungewöhnlich und ist bei vielen traditionellen Hebammen Teil der Routine.

Diese Beobachtung wirft ein kritisches Licht auf das, was unter traditioneller Medizin verstanden wird. Häufig wird traditionelle Medizin als eine Medizinform verstanden, „die ihre Wurzeln in tief greifenden Kenntnissen über Gesundheit und Krankheit“¹⁷⁶ hat (Secretaría de Salud o.D.: 6). In der Realität zeigt sich jedoch eine ständige Beeinflussung durch andere Medizinformen und dadurch eine Modifikation scheinbarer Traditionen, die nicht ausschließlich auf einer „langen Vorgeschichte“ oder „Theorien, Glaubensvorstellungen und Erfahrungen“¹⁷⁷ der indigenen Bevölkerung, so wie es in der WHO Definition lautet, beruhen (WHO 2000: 1). Außerdem integrieren traditionelle Heiler_innen gelegentlich andere Medizinformen in bestehende Konzepte, ein Prozess den die Anthropologinnen Bledsoe und Goubaud als „kulturelle Reinterpretation westlicher Arzneimittel“ bezeichnen (Blendsoe und Goubaud 1985). Insgesamt kann man sagen, dass die Hebammentätigkeit durch den Einfluss medizinischer Einrichtungen modifiziert wird, wobei unterschiedliche Aspekte von Bedeutung sind. Ein Prozess der von der US-amerikanischen Anthropologin Jenkins kritisch als „Biomedicalization“¹⁷⁸ betitelt wird. In ihrer Arbeit über costarikanische Hebammen zeigte diese, wie Hebammen im ländlichen Bereich systematisch missbraucht wurden, um reproduktive Medizin und Geburtshilfe auf medizinische Einrichtungen zu beschränken und Geburt und Schwangerschaft kontinuierlich zu biomedikalisieren (Jenkins 2003). Im Kontext der Sierra de Totonacapan lässt sich ein ähnlicher Prozess beobachten.

In der Aussage eines Arztes drückt sich die Biomedikalisierung traditioneller

176 Im spanischen Original: „[...] que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad [...]“. (Secretaría de Salud o.D.: 6)

177 Im englischen Original: „Traditional medicine has a long history. It is the sum total of the knowledge, skills and practices based on the theories, beliefs and experiences indigenous to different cultures, [...]“. (WHO 2000: 1)

178 „Biomedikalisierung“ beinhaltet zum einen den bereits eingeführten Begriff „Biomedizin“, der sich explizit auf diejenige Medizin bezieht, die sich auf naturwissenschaftliche Erkenntnisse stützt, also Medizin, wie wir sie in den lokalen medizinischen Einrichtungen erwarten. Zum anderen ist der Begriff „Medikalisierung“ enthalten. Unter Medikalisierung wird der bornierte Umgang teils soziokultureller Phänomene, wie Geburt und Schwangerschaft, im Rahmen der Biomedizin verstanden.

Hebammen aus. Dieser definiert traditionelle Hebammen wie folgt:

„Die Hebamme ist ein traditioneller Arzt. Sie kümmert sich um die Geburten, sie gibt ihnen Kräuter, sie gibt ihnen Tabletten und manchmal spritzt sie ihnen sogar Medikamente.“ (P18.2)

Anhand dieser prägnanten Definition wird klar, dass sich auch aus Sicht des lokalen medizinischen Personals die Hebammentätigkeit nicht auf „Kräuter“ beschränkt, sondern zusätzlich biomedizinische Therapieverfahren aufgegriffen werden. Es kann vermutet werden, dass die Anwendung biomedizinischer Therapieverfahren als üblich angesehen wird. Kritik wird dann laut, wenn solche biomedizinischen Therapieverfahren unsachgemäß durchgeführt werden oder aus Sicht des medizinischen Personals essentielle Aspekte vernachlässigt oder unterlassen werden. Häufig verdeutlicht sich dies anhand vaginaler Untersuchungen zur Überprüfung des Geburtsverlaufs. Sowohl die zu häufige und unsachgemäß durchgeführte vaginale Untersuchung, als auch die Unterlassung solcher Untersuchungen durch die traditionellen Hebammen, wird vom medizinischen Personal kritisiert. Die Folgen müssen in der Regel vom medizinischen Personal behoben werden, was zu einer negativen Einstellung gegenüber traditionellen Hebammen führt. Häufig wird vom medizinischen Personal über Patientinnen berichtet, die sich, nachdem sie bei einer traditionellen Hebamme gewesen sind, in medizinischen Einrichtungen mit massiv geschwollenen äußeren Genitalien vorstellen würden. Eine Interpretation der Schwellungen bietet das folgende Zitat eines Arztes aus Filomeno Mata:

„Ich kenne zwei Hebammen hier, die ihre Patientinnen vaginal untersuchen, die anderen machen das nicht, sie warten einfach, bis der Kopf herauskommt. Die anderen Hebammen, die die Untersuchungen durchführen, machen dies von Anfang an und wenn sie dann hierher kommen, haben sie von den ganzen Untersuchungen ganz dicke große Schamlippen, die Vulva ist total geschwollen. Also das ist ein Problem! Sie sollten keine vaginalen Untersuchungen machen, sie wissen ja nicht einmal wie oft sie sie machen sollten, aber sie untersuchen sie und untersuchen sie und untersuchen sie weiter und wenn sie dann hier ankommen ist alles total angeschwollen.“ (P18.3)

Dies verdeutlicht, dass es sehr wahrscheinlich keine klaren Vorstellungen über den

Grad der Biomedikalisierung gibt, also welche biomedizinischen Therapie- und Diagnoseverfahren von einer traditionellen Hebamme übernommen und in welchem Umfang sie übernommen werden sollen.

Jenkins betont vor allem eine Biomedikalisierung, bei der die traditionellen Hebammen als „Brücke“ zur institutionellen Geburt missbraucht werden (Jenkins 2003: 1894). Auch wenn einige Informant_innen die Arbeit traditioneller Hebammen im Kontext risikoarmer Schwangerschaften und Geburten tolerieren, entspricht das Wunschbild einer ausschließlichen Versorgung innerhalb medizinischer Einrichtungen.

Gegen eine Überweisung ohne eindeutige Indikation spricht sich jedoch die lokale Bevölkerung aus, sodass das Spannungsfeld zwischen Patientinnen und traditioneller Hebamme durch die Überweisung definiert wird. Dies führte mich zu der Frage, ob eine traditionelle Hebamme prinzipiell verantwortlich für mögliche Komplikationen gemacht werden kann, wenn sich ihre Patientin unter keinen Umständen in einer medizinischen Einrichtung entbinden lassen will. Ein Arzt antwortet mir auf diese Frage:

„Schau mal, es gibt Hebammen, die die Einstellung ihrer Patientinnen nicht übernehmen. Sie sehen, wenn sich die Sache verkompliziert. Sie kommen her und berichten uns hier im Gesundheitszentrum, damit wir losziehen und uns die Patientin anschauen oder sie bringen sie gewaltsam, um ihren Tod zu verhindern. Andere akzeptieren, was ihre Patientinnen ihnen sagen. Das Problem entsteht dann, wenn sie eine Komplikation, ein totes Kind oder einen Zwischenfall während der Schwangerschaft haben. Alle schauen auf die Ursachen um zu sehen, wer die Schuld hat. Unglücklicherweise ist es hier so, dass die Hebamme, wenn sie eine Schulung gemacht hat, mehr Verantwortung hat, weil sie weiß was passieren kann.“ (P18.2)

Die traditionelle Hebamme wird in einer patriarchalen Beziehung mit ihrer Patientin gesehen. Es wird erwartet, dass traditionelle Hebammen mit ihren Patientinnen in einem ähnlichen Beziehungsverhältnis wie das medizinische Personal stehen. Das medizinische Personal fordert Einsichten und Verhaltensweisen von seinen Patientinnen, ohne deren Weltbild zu kennen oder die Möglichkeit einer Umsetzung im gegebenen Kontext zu evaluieren. Betrachtet man hingegen die Rolle der traditionellen Hebamme genauer, wird schnell klar, dass diese, aufgrund einer mit ihren Patientinnen geteilten lokalen Realität, in einen Zwiespalt zwischen Forderungen des medizinischen Personals und ihrer Patientinnen gerät. Die Beziehung zwischen traditionellen Hebammen und Patientinnen entspricht demnach – zumindest ursprünglich – nicht der

Arzt-Patienten-Beziehung.

Zusätzlich tauchen in diesem Zitat erneut zwei bereits bekannte Begriffe auf, „Schuld“ und „Verantwortung“. Der zitierte Arzt ist der Meinung, dass traditionelle Hebammen mehr „Verantwortung“ für ihre Patientinnen tragen und demnach bei einer unterlassenen Überweisung „Schuld“ an möglichen Komplikationen haben. Sowohl „Schuld“ als auch „Verantwortung“ sind Begriffe, die im Interview mit lokalen Informant_innen häufig im Kontext der Müttersterblichkeit verwendet werden, sodass es möglich ist, dass sie auch während der Hebammenschulungen benutzt werden. Für traditionelle Hebammen steht das Vertrauensverhältnis zur lokalen Bevölkerung auf dem Spiel, für die sie sich ebenfalls verantwortlich fühlen und aus deren Sicht sie schuldig sind, wenn eine „normale Geburt“ unbegründet zu einer „Geburt im Krankenhaus“ oder im Gesundheitszentrum wird.

Eine Informantin, die ich zusammen mit Ihrer Mutter, die vor Jahren selbst als traditionelle Hebamme tätig gewesen ist, interviewt habe, betrachtet die Entwicklung der lokalen traditionellen Hebammen kritisch:

„Es gibt viele Hebammen, die die Hand hineinstecken, wir haben auch gehört, dass es welche gibt, die Operationen durchführen. Wir haben gehört, dass die Hebammen die Frauen unten einschneiden. Ich meine, dass die Hebammen so etwas nicht tun sollten, weil es dafür Ärzte gibt. Wenn ein Baby nicht geboren werden kann, ist da doch der Arzt, oder etwa nicht? Das ist sein Gebiet, die schwierigeren Dinge, meine ich.“ (P81)

Aus ihrer Sicht hat die fortschreitende Biomedikalisierung der traditionellen Hebammen bereits eine Grenze überschritten. Viele Tätigkeitsbereiche, Therapie- und Diagnoseverfahren überschneiden sich. Das empirische Material, Beobachtungen und Interviewmaterial zeigt, dass Apotheker_innen Kinder entbinden, traditionelle Hebammen Antibiotika verschreiben und Pflegepersonal gelegentlich Naturheilverfahren empfiehlt. In einer Arbeit über die Chocoanos in Südkolumbien wird zum Beispiel über die dortige traditionelle Medizin berichtet: „Operationen werden von der traditionellen Medizin nicht vorgenommen, sondern an die moderne Medizin delegiert. [...], womit die Chirurgie zum Merkmal der gesamten Berufsklasse wurde.“ (Greifeld 2003: 119). Auch die Bevölkerung der Sierra de Totonacapan zieht klare Grenzen zwischen der Hebammen-tätigkeit und der Tätigkeit eines Arztes. Chirurgische Verfahren werden unmissverständlich einzig der institutionellen Medizin zugerechnet. Andersherum würde eine

Mutter deren Kind an einem „empacho“¹⁷⁹ leidet nicht im Gesundheitszentrum auf Hilfe hoffen. Dennoch gibt es traditionelle Hebammen, die diese scheinbar klaren Grenzen überschreiten und ihre Tätigkeit immer mehr der institutionellen Geburt anpassen und dennoch weiterhin konsultiert werden.

Häufige Überweisungen sind ein weiterer Aspekt der Biomedikalisierung. Eine Informantin berichtet von einem Erlebnis, das sie erzählt bekommen hat.

„Hier ist ein Baby verstorben, die Hebamme wollte es entbinden. Wie ich dir schon erklärt habe, sie zwingen sie in das Gesundheitszentrum zu gehen, darum hat die Hebamme gesagt: 'Weißt du was? Es ist besser wir gehen ins Gesundheitszentrum!' Ihre Patientin hat dann auf dem Weg dorthin entbunden. Warum schickt sie sie dorthin, wenn sie kurz vor der Entbindung steht? Die Frau hat mir später gesagt, dass die Hebamme meinte 'Los, gehen wir! Und dann ist mein Baby auf der Straße geboren worden,'. Es ist verstorben, ich glaube, es ist einfach auf den Boden geschlagen.“
(P87)

Bezüglich der Begriffe „Schuld“ und „Verantwortung“ evaluiert, ist diese Informantin klar der Meinung, dass das Gesundheitszentrum, in seiner hegemonialen Stellung („sie zwingen sie“), verantwortlich für und Schuld am Fehlverhalten der traditionellen Hebamme ist. Ursächlich verbunden mit dem Druck, der vom medizinischen Personal auf die traditionellen Hebammen ausgeht, ist eine allgemeine Fehleinschätzung der Geburtsdauer. Das medizinische Personal kalkuliert häufig zu wenig Zeit für den Geburtsvorgang. Eine normale Geburt, abhängig von der Anzahl der bereits geborenen Kinder einer Patientin dauert zwischen fünf und acht Stunden, wobei die Mortalität nicht automatisch mit der Dauer der Geburt ansteigt (Nesheim 1988 und Albers 1999). Da eine Geburt demnach mehrere Stunden andauern kann, ist es nachvollziehbar, dass eine traditionelle Hebamme gegebenenfalls vorschnell eine medizinische Einrichtung

179 Beim „empacho“ handelt es sich um ein in Lateinamerika verbreitetes Krankheitsbild des Verdauungstrakts, dessen Ursache, Diagnose und Therapie lokal teilweise stark variiert. Laut lokaler Bevölkerung, inklusive einheimischem medizinischem Personal, fällt dieses Krankheitsbild in den Verantwortungsbereich der traditionellen Hebamme bzw. der traditionellen Medizin. Campos Navarro schreibt über den Enpacho: „*El empacho es una enfermedad popular latinoamericano [...] Se trata de una enfermedad digestiva, generalmente asociada a la ingesta excesiva de alimentos, que produce alteraciones gastrointestinales [...] Es más frecuente en niño, aunque también afecta a los adultos. Los tratamientos varían desde el empleo de plantas medicinales hasta procedimientos manuales e incluso rituales religiosos.*“ (Campos Navarro 2009: 243). Andere als „*enfermedad popular latinoamericano*“ geltene Krankheitsbilder sind u.a. „susto“ vgl. hierzu Rubel et al. (1989) und „mal aire“ vgl. hierzu Knipper (2003).

aufsucht. Im zitierten Fall führte dies, gemäß der Aussage der Informantin, zum Tod des Neugeborenen. In anderen Fällen kann eine Überweisung zu direkten (z.B. Transport) und indirekten Kosten (z.B. Lohnausfall) für die Familie der Schwangeren führen, sodass die Bevölkerung der Überweisung sehr kritisch gegenüber steht.

Bei der Bearbeitung der Frage „*Wie hat sich die Hebammentätigkeit verändert?*“ hat sich ein Spannungsfeld zwischen lokalen Akteur_innen verdeutlicht. Es zeigt sich eine Biomedikalisierung traditioneller Hebammen. Diese besteht in der Übernahme biomedizinischer Elemente und einer größeren Bereitschaft, Patientinnen an medizinische Einrichtungen zu überweisen. Die traditionelle Hebamme steht zwischen den Forderungen der lokalen Bevölkerung und des medizinischen Personals. Während die lokale Bevölkerung eher einen zurückhaltenden Umgang befürwortet, tendiert das medizinische Personal zu einer vorsichtigen und breiten Indikationsstellung. Traditionelle Hebammen müssen sich zwischen diesen beiden Interessensgruppen arrangieren.

Außerdem hat sich allgemein das Verantwortungsbewusstsein der einzelnen Akteur_innen bezüglich Schwangerschaft und Geburt verändert. Während die „*Schuld*“ für Komplikationen, aber auch für die Mutter-Kind-Sterblichkeit seitens des medizinischen Personals vornehmlich bei traditionellen Hebammen gesucht wird, zieht die lokale Bevölkerung eher das medizinische Personal zur Verantwortung. Traditionelle Hebammen selbst glauben sich hingegen durch Überweisungen der Verantwortlichkeit entziehen zu können. Folge ist ein Vertrauensverlust der lokalen Bevölkerung, sowohl in medizinische Einrichtungen als auch in traditionelle Hebammen. Diese Konstellation birgt ein ernstzunehmendes Risiko für die Gesundheit von Müttern. Beispielsweise wenn Schwangere gezielt traditionelle Hebammen aufsuchen, die Schulungen und medizinische Einrichtungen meiden oder Personen zum Geburtstermin konsultieren, die weniger von lokalen medizinischen Einrichtungen überwacht werden, wie beispielsweise Apotheker_innen oder Familienmitglieder.

7.2.3 Wie wird die Hebammentätigkeit bewertet?

Das medizinische Personal ist gegenüber traditionellen Hebammen eher kritisch eingestellt. Entbindende traditionelle Hebammen werden besonders negativ bewertet. Darum ist es im Interesse der Gesundheitszentren, ständigen Kontakt mit praktizierenden traditionellen Hebammen zu halten. In den Augen des medizinischen Personals gelten sie als Schlüssel zur Reduktion der MMR. Im Kontext dieser Problematik wird

die Hebammentätigkeit bewertet. Die Ambivalenz der Bewertung wird deutlich bei der Betrachtung folgenden Zitats, das eine Antwort auf die Frage „*Was passiert mit Hebammen, die nicht zu den Schulungen kommen?*“ darstellt:

„Also wir versuchen, dass die Bevölkerung versteht, dass es dort [bei den traditionellen Hebammen] eine Gefahr gibt. Dadurch bemerkt die Hebamme, dass sie zu uns kommen muss oder wir suchen sie freundlicherweise selbst auf. Wir müssen eine Möglichkeit haben, die Leute zu motivieren 'Kommt hierher!' und wir müssen Vertrauen ausstrahlen, damit sie [die traditionellen Hebammen] uns erzählen, was in der Gemeinde passiert. Oftmals sind es junge Mädchen, die schwanger sind. Sie wollen es niemandem erzählen und wenn du sie als Arzt das erste Mal siehst, ist ihr Bauch schon rund [...]. Ja, die Hebammen helfen uns, aber nur wenn sie ausgebildet sind, es liegt an der Kommunikation zwischen ihnen und uns.“ (P25)

Eine sich hier verdeutlichende Strategie besteht darin, „*dass die Bevölkerung versteht, dass es dort eine Gefahr gibt*“. Gleichzeitig muss dem medizinischen Personal die Gratwanderung gelingen, in eine offene und vertrauensbildende Kommunikation mit den traditionellen Hebammen zu kommen, „*damit sie erzählen was in der Gemeinde passiert*“. Dieses Zitat impliziert zusätzlich, dass die lokale Bevölkerung aus Sicht des medizinischen Personals keine Gefahr von traditionellen Hebammen ausgehen sieht. Vom medizinischen Personal wird die Hebammentätigkeit hingegen als Risiko für die Gesundheit von Müttern gesehen, wie sich in der Aussage eines Arztes verdeutlicht:

„Für die Frauen ist es bequemer zu Hause – wo die Hebamme hinkommt – als ins Krankenhaus zu gehen. Aber wo bringt uns das hin? Höheres Infektionsrisiko, größeres Risiko der Müttersterblichkeit, größeres Risiko der Kindersterblichkeit, häufigere Retentionen der Plazenta, mehr Zwischenfälle.“ (P18.3)

Verglichen mit einer guten biomedizinischen Versorgung (Koblinsky et al. 1999) ist die Entbindung bei einer traditionellen Hebamme risikoreicher. Es kann aber in einer Region, in der die biomedizinische Versorgung aus unterschiedlichen Gründen starke Mängel aufweist, nicht davon ausgegangen werden, dass die Bequemlichkeit der lokalen Bevölkerung das Hauptargument für eine traditionelle Hebamme ist. Es wird

deutlich, dass die Hebammentätigkeit für diesen Arzt ein scheinbar unbewusstes Gesundheitsrisiko für die lokale Bevölkerung darstellt.

Die lokalen traditionellen Hebammen werden vom medizinischen Personal als Verursacherin der hohen MMR in der Region gesehen. Tatsächlich war jedoch die Zahl der letalen Ereignisse während meines Aufenthalts in der Region verblüffend gering. Letale Verläufe konzentrierten sich auf die urbanen Zentren der Region, Papantla und Poza Rica. Trotz dieser Erkenntnis hält sich die Überzeugung, dass ländliche Regionen stärker betroffen sind, wie sich durch folgende Frage verdeutlicht: *„Und in den ländlichen Regionen, wie dieser, hat man mehr Probleme mit der Müttersterblichkeit als in den großen Städten?“*:

„So ist es, weil sie zur Hebamme gehen! Wenn die Hebamme nicht geschult wurde, wartet sie und wartet bis sie merkt, dass sie es nicht alleine schafft, aber das ist wegen der fehlenden Schulung.“ (P31.3)

Diese Informantin verdeutlicht, dass aus ihrer Sicht die MMR auf dem Land höher ist als in der Stadt, weil dort Geburten durch traditionelle Hebammen betreut werden. Auch wenn die Aussage inhaltlich – auf dem Land gibt es mehr Determinanten, die eine hohe MMR erklären würden – kontrafaktisch ist, wird die hier geäußerte Meinung von einem Großteil des medizinischen Personals geteilt. Insbesondere das Pflegepersonal und die in jeder medizinischen Einrichtung angestellten Gesundheitspromotorinnen haben eine sehr radikale Meinung über traditionelle Hebammen, die sie versuchen an ihre Patientinnen weiterzugeben. Im folgenden Beispiel handelt es sich um die Aussage einer Krankenschwester, die in Coyutla bei meiner ersten Fokus-Gruppendifkussion anwesend war. Das Zitat muss als Kommentar auf die zurückhaltende Reaktion der Teilnehmerinnen auf die Frage, ob sie eine traditionelle Hebamme aufsuchen würden, verstanden werden:

„Wie gut, dass niemand von euch von einer Hebamme, sondern im Krankenhaus behandelt werden möchte. Die Hebammen können etwas und früher haben wir keine andere Möglichkeit gehabt, als uns von ihnen behandeln zu lassen, aber einige von ihnen sind schon alt. Sie können nicht mehr so wie früher und fast niemand lässt sich mehr von ihnen entbinden. Sie haben keine sterilen Sachen und das verursacht Tetanus bei euch und euren Babys.“ (P10.1)

Gegen Ende dieser und bei späteren Fokus-Gruppendiskussionen erklärten einige Teilnehmerinnen in der Vergangenheit eine traditionelle Hebamme aufgesucht zu haben und dies auch bei der aktuellen Schwangerschaft nicht ausschließen zu können. Da die Meinung des medizinischen Personals über traditionelle Hebammen der Bevölkerung nicht vorenthalten wird, kann die Zurückhaltung der Teilnehmerinnen auf die Anwesenheit der Krankenschwester zurückgeführt werden. In diesem Zitat wird die Hebammen-tätigkeit als eine Gefahr dargestellt, die in absehbarer Zeit eine obsoletere Rolle für die lokale Realität spielen wird.

Dass in der Vergangenheit, in Abwesenheit flächendeckender Impfprogramme, eine Geburt das Risiko einer Tetanusinfektion bedeutete, ist unbestreitbar (u.a. Schofield et al. 1961, Shafiqul Islam et al. 1982, da Silveira und de Quadros 1991, Cárdenas Ayala et al. 1995, Mullany et al. 2006). Seit Erkenntnis der Relevanz des neonatalen Tetanus für die Senkung der Neugeborenensterblichkeit haben Impfungen und die Thematisierung in Hebammenschulungen zu einem starken Rückgang der Erkrankung geführt (u.a. Lambo und Nagulesapillai 2012, Miller et al. 2012b). Laut WHO wurde die Rate der Tetanusinfektionen sogar soweit reduziert, dass Tendenzen vermuten lassen, dass weltweit die entsprechenden Vorgaben des MDG4¹⁸⁰ erfüllt werden. 2010 kann das Bakterium *Clostridium tetani* demnach nur noch für 1% der Neugeborenensterblichkeit verantwortlich gemacht werden (Liu et al. 2012). Außerdem ist der Sinn und Zweck von Impfungen in der Bevölkerung allgemein anerkannt und wird teilweise als „lokale Tradition“ angesehen.

Neben der Gefahr einer Tetanusinfektion geht eine Schwangere, die eine traditionelle Hebamme aufsucht, laut des medizinischen Personals zusätzlich das Risiko ein, bei der Geburt zu versterben. Einer Informantin zu Folge betrifft dieses Risiko vor allem jüngere Patientinnen.

„Hier gibt es viele 16 jährige Frauen, die von Hebammen behandelt wurden, dass sind die, die normalerweise von der Müttersterblichkeit¹⁸¹ betroffen sind. Wie du weißt ist ihr Körper noch in der Entwicklung und noch lange nicht bereit ein Kind zu bekommen. Die Hebamme kann das Kind dann nicht entbinden und du hast sicherlich gesehen wie Frauen, die

180 MDG4 bezieht sich auf die Kindersterblichkeit. Das Zielvorgabe ist es „zwischen 1990 und 2015 die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel [zu] senken“ (UN 2012: 26)

181 Im spanischen Original heißt es „Aquí hay muchos mujeres de 16 años, que son atendidas por parteras, son las que normalmente llevan una muerte materna [...]“. Anhand dieses Beispiels und durch den weiteren Verlauf des Interviews ist zu vermuten, dass der Terminus „muerte materna“ missverständlich benutzt wird und hier wahrscheinlich Müttersterblichkeit mit Neugeborenensterblichkeit verwechselt worden ist.

von einer Hebamme manipuliert worden sind, mit einer ganz geschwollenen Vagina von den vielen vaginalen Untersuchungen ins Krankenhaus kommen. Das passiert bei den Hebammen, die unbedingt das Kind entbinden wollen 'Hör mal! Wenn du es nicht schaffst, dann schick sie zu uns!'." (P10.2)

Von dieser Informantin wird der medizinische Terminus Müttersterblichkeit mit Neugeborenen- oder Kindersterblichkeit verwechselt. In einem anderen Fall beschuldigt eine Krankenschwester eine traditionelle Hebamme für den postpartum diagnostizierten Anencephalus eines Neugeborenen verantwortlich zu sein. Solche und andere Ansichten werden an Patientinnen weitergegeben, wobei versichert wird, dass man keine Angst einflößen möchte, sondern einzig gewillt ist, aufzuklären. Konkret verdeutlicht sich dieses Verhalten in einem Patientengespräch mit einer Patientin, die angibt bei einer traditionellen Hebamme entbinden zu wollen.

„Mit der Hebamme?“ sagt die Krankenschwester zu ihrer Patientin und wendet sich dann mir zu „Gleich sagt sie, dass sie ins Krankenhaus geht, damit sie ein Arzt behandelt“. Nach dieser Ankündigung beginnt sie auf ihre Patientin einzureden:

„Was ist denn, wenn die Hebamme es nicht schafft? In der letzten Woche ist eine Frau hergekommen mit einer Zwillingsgeburt und ein Kind war tot. Acht Stunden ist sie bei einer Hebamme gewesen. Ich sag dir das, damit du darüber nachdenkst, das Baby ist tot gewesen! [...] Ich will dich nicht erschrecken, mein Herz, aber es ist so – wirklich, dass ich dir das nur deinetwillen sage, weil wenn ich hier fertig bin, geh ich Heim, da bin ich bei meiner Tochter und alles ist gut. Ich sag dir das, damit du weißt, was alles passieren kann, nicht um dich zu erschrecken. [...] Eine Geburt kann gut verlaufen, aber wenn es Komplikationen gibt, können nicht mal wir hier dir helfen, aber wir wissen wohin wir dich schicken müssen, damit du operiert wirst.“ (P54)

Seitens des medizinischen Personals stellt die traditionelle Hebamme, wenn sie als Geburtshelferin aktiv tätig wird, eine Gefahr dar. Diese wird teilweise durch irrationale Behauptungen argumentativ gestützt. Diese sehr kritische Bewertung der Hebammen-tätigkeit entsteht im Rahmen einer pessimistischen und zugleich verhängnisvollen

Interpretation reproduktiver Medizin und Geburtshilfe¹⁸². Gleichzeitig wird vom medizinischen Personal die lokale Bevölkerung, inklusive der traditionellen Hebammen, als fatalistisch dargestellt.

Nach diesem Einblick in die Beurteilung der Hebammentätigkeit aus Sicht des medizinischen Personals möchte ich mich kurz mit einer Selbstbewertung der traditionellen Hebammen beschäftigen. Da die Hebammentätigkeit sehr stark von der jeweiligen traditionellen Hebamme abhängt und unter den traditionellen Hebammen eine teils sehr ausgeprägte Rivalität vorherrscht, macht meiner Meinung nach eine detaillierte Betrachtung der Aussagen traditioneller Hebammen im Kontext meiner Forschung keinen Sinn. Dennoch möchte ich eine Aussage verwenden, da sie eine häufige und, angesichts aktueller Veränderungen der Hebammentätigkeit, präsente Maxime der traditionellen Hebammen widerspiegelt:

„Es gab mal eine Patientin, die kurz vor der Entbindung stand, darum haben sie [die Angehörigen] ihre Hebamme gerufen. Sie ist gekommen um ihre Patientin, die schon in den Wehen lag, anzusehen und als sie gesehen hat, dass das Baby mit den Beinen voran herauskam sagte sie 'Ich werde sie nicht behandeln'. Sie war nicht für ihre Patientin da und ist einfach abgehauen. Darum sind alle dann los, um eine andere Hebamme zu suchen. So ist einige Zeit verstrichen, aber die neue Hebamme, die gekommen war, hat die Frau unterstützt und sie hat dann auch ihr Kind entbunden, nur leider war es schon viel zu spät. Die erste Hebamme hätte das tun sollen, damit das Baby überlebt. Das Kind ist richtig stark gewesen.“ (P82)

Seit jeher gelten traditionelle Hebammen als verantwortlich für das Wohl von Kind und Mutter. Sie sind lokale Führerinnen und primäre Ansprechpartnerinnen bezüglich aller Prozesse im Rahmen der Geburtshilfe und darüber hinaus. Dies bedeutet, dass sie „für ihre Patientin da“ zu sein haben. Eine Eigenschaft, die eine gute traditionelle Hebamme aus Sicht der lokalen Bevölkerung haben sollte, besteht in jedem Fall in der Bereitschaft, ihre Patientin in jeder Situation zu unterstützen und gegebenenfalls auch zu begleiten, wenn es nötig wird eine medizinische Einrichtung zu konsultieren.

Im vorangegangenen Abschnitt habe ich bereits zeigen können, dass die fortschrei-

182 Vgl. u.a. Menéndez und Di Pardo (2009), Smith Oka (2012)

tende Biomedikalisierung der Hebammentätigkeit in der lokalen Realität kontrovers beurteilt wird. Es kann keinesfalls behauptet werden, dass die Biomedikalisierung per se kritisiert wird. In den folgenden Informantenaussagen wird dies zum Ausdruck kommen. Eine Patientin, die ich im Regionalkrankenhaus interviewt habe, äußert sich wie folgt:

„Es gibt Hebammen, die so viel von dir fordern und am Ende kommt raus, dass das Kind nicht in Ordnung ist und es gibt Hebammen, die nicht so viel verlangen und alles verläuft gut. Und jetzt sagen sie dir 'Es läuft nicht gut, geh sofort ins Krankenhaus.'“ (P35)

Eine andere Informantin erklärt mir:

„Eine Hebamme sollte vorher wissen, ob das Kind mit den Füßen zuerst kommt und dann soll sie der Frau sagen 'Geh ins Gesundheitszentrum!' oder wenn es einer schon sehr schlecht geht, wenn das Kind mit den Füßen oder den Armen kommt, dann erst läuft sie los. Darum beschweren sie sich im Gesundheitszentrum. Das bemerken auch die Frauen. Wahrscheinlich stört es die Frauen nicht, wenn sie ihnen sagen 'Weißt du was? Wir gehen ins Gesundheitszentrum! Los! Ich nehme dich mit und wir reden mit dem Arzt, er wird dich behandeln.' Das stört die Frauen nicht. Es gibt welche, die sich nicht beschweren.“ (P16)

Seitens der Bevölkerung ist es demnach wichtig, dass die behandelnde traditionelle Hebamme anhand des Verlaufs der Schwangerschaft das Risikopotential einer bevorstehenden Geburt evaluieren kann. Folglich wird eine Überweisung nicht grundsätzlich negativ bewertet, wenn sie rechtzeitig erfolgt und nachvollziehbar gerechtfertigt ist. In solchen Fällen „stört die Frauen nicht“, dass sie überwiesen werden, wenn durch eine solche Entscheidung Komplikationen vorgebeugt werden können. Gleichzeitig gibt es Patientinnen, die eine Überweisung negativ bewerten, da sie nicht mit ihren Vorstellungen vereinbar ist oder sie die Indikationen nicht nachvollziehen können. Auf meine Frage, warum schwangere Frauen ihre traditionelle Hebamme wechseln, antwortet mir eine Informantin:

„Sie sagen ihnen [den traditionellen Hebammen] im Gesundheitszentrum, dass sie sie [die Frauen] besser dorthin schicken, aber es gibt Frauen die

wissen, dass ihre Geburt gut verlaufen wird und die Hebamme bringt sie trotzdem ins Gesundheitszentrum, darum wechseln sie die Hebamme dann. Manche machen das auch wegen des Geldes, weil sie zu viel verlangen oder sich viel beschweren.“ (P87)

Zu negativen Bewertungen seitens der lokalen Bevölkerung kann es demnach kommen, wenn eine traditionelle Hebamme sich nicht gegenüber Forderungen des medizinischen Personals zu behaupten weiß, obwohl von einem unproblematischen Schwangerschafts- oder Geburtsverlauf ausgegangen wird. Neben anderen Gründen kann eine Überweisung zu einem Wechsel der behandelnden traditionellen Hebamme führen. Dies impliziert, dass eine traditionelle Hebamme bei der Entscheidung eine Patientin zu überweisen Gefahr läuft, langfristig im Gemeindebezirk Vertrauen einzubüßen und gegebenenfalls ihre Patientin zu verlieren. Aus Sicht der lokalen Bevölkerung wird die Wahl einer bestimmten traditionellen Hebamme erneut überdacht, wenn sie im direkten Vergleich zu Alternativen keinen absehbaren Nutzen erfüllt. Dies kann nicht nur zu einem Hebammenwechsel, sondern auch zu einer generellen Verhaltensänderungen des Individuums führen.

Es kann abschließend davon ausgegangen werden, dass das Verhalten im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt nicht ausschließlich anhand der Kultur der lokalen Bevölkerung erklärbar ist. Außerdem habe ich zeigen können, dass die Hebammentätigkeit, aber auch die Rolle traditioneller Hebammen in der Gesellschaft, permanenten Anpassungs- und Neubewertungsprozessen unterliegt. Die Hebammentätigkeit muss im jeweiligen Kontext analysiert und in Anbetracht bestehender Interessenkonflikte evaluiert werden. Abhängig von scheinbarer Homogenität und Solidarität einer Interessengruppe können sich Konflikte zu komplexen Barrieren zwischen lokalen Akteur_innen entwickeln, die fremde Handlungen und Meinungen schwer nachvollziehbar werden lassen.

7.2.4 Die multiplen Dimensionen der „traditionellen Hebamme“

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werde ich einen Einblick in die multiplen Dimensionen der traditionellen Hebamme ausarbeiten. Zu diesem Zweck werde ich ein Fallbeispiel aus meiner Feldforschung präsentieren. Anhand diesem wird sich verdeutlichen, dass klare Klassifikationen kaum möglich sind. Außerdem wird sich so die Relevanz traditioneller Hebammen für die lokale Bevölkerung nachvollziehen lassen.

Eine Mutter von sechs Kindern, Einwohnerin des Gemeindebezirks Filomeno Mata, die ich im Regionalkrankenhaus zum ersten Mal kennen gelernt habe und ihre älteste Tochter (18) sind die Protagonisten dieses Fallbeispiels. Ich bin ihnen in unterschiedlichen Situationen begegnet und konnte somit vielseitige Einblicke in ihre Beziehung zu traditionellen Hebammen und lokalen medizinischen Einrichtungen erfragen und beobachten.

Die Mutter erklärt mir, dass ihre ersten Kinder von ihrer Schwiegermutter entbunden wurden, einer angesehenen traditionellen Hebamme und Hexe (span. „*bruja*“¹⁸³) in Filomeno Mata. Bis zum Tod ihrer Schwiegermutter war es ihr nicht möglich gewesen, eine andere traditionelle Hebamme aufzusuchen, da dies nicht geduldet wurde und andere traditionelle Hebammen aus Angst vor Schadenszauber der Schwiegermutter sie nicht behandeln wollten. Schon zu Lebzeiten der Schwiegermutter machte sie eine Geburtserfahrung im Gesundheitszentrum. Da während der Geburt ihrer ältesten Tochter Komplikationen auftraten, wurde sie von ihrer Schwiegermutter ins Gesundheitszentrum überwiesen, das Mutter und Tochter gesund und weitestgehend zufrieden verließen. Außerdem berichtet sie von der Schwangerschaft und Geburt ihres jüngsten Sohns. Auch bei diesem war sie ursprünglich gewillt gewesen, eine traditionelle Hebamme aufzusuchen. Da die Schwiegermutter bereits verstorben war, ist sie zu unterschiedlichen traditionellen Hebammen gegangen, wobei sie letztlich zwar eine traditionelle Hebamme für die Betreuung der Schwangerschaft ausfindig machen konnte, sich aber niemand bereit erklärte ihr Kind zu entbinden, da man, aus Sicht der Informantin, immer noch die bereits verstorbene Schwiegermutter fürchtete. Die Informantin war bei ihrer letzten Entbindung somit gezwungen im Regionalkrankenhaus zu entbinden, wurde aber während Schwangerschaft und Wochenbett von einer traditionellen Hebamme betreut. Da die Informantin ausschließlich Totonaco spricht, beschreibt ihre Tochter die Erfahrung im Regionalkrankenhaus:

„Ich habe nur sechs Geschwister. Mein Bruder, der verstorben ist, wurde im Krankenhaus entbunden. Weil es Komplikationen gegeben hat, hat man meine Mama ins Gesundheitszentrum gebracht, aber die Krankenschwestern waren nicht dort, sodass man sie nach Entabladero bringen musste. Sie haben sie um 11.00 Uhr nachts weggebracht und am nächsten Tag ist mein Bruder tot geboren worden. Meine Mama hat sehr gelitten. Sie erinnert sich jetzt, weil sie ihr dort sehr fest auf den Bauch gedrückt haben, drei

183 Aus dem original Wortlaut der Informantin

Ärzte haben sich meine Mama gepackt und meine Mama sagt, dass es so nicht gewesen wäre, als ich geboren wurde. Aber bei diesem Mal hat man sie in Entbladero so behandelt“ (P14.2)

Die übersetzende Tochter erklärt, dass ihre Mutter zuvor eine gute Erfahrung im Regionalkrankenhaus gemacht hätte. Bei der Geburt des verstorbenen Bruders habe sie jedoch „sehr gelitten“. Es kann davon ausgegangen werden, dass die zuvor aufgesuchten traditionellen Hebammen aufgrund erwarteter Komplikationen nicht entbinden wollten. Nach dem Tod des Bruders wurde die Informantin erneut schwanger. Die jüngste Tochter der Familie sollte ursprünglich, nach dem vorangegangenen Tod des Sohns, auf Forderung des Familienvaters abgetrieben werden. Hierzu hatte die Mutter Rat bei einem lokalen Heiler gesucht und von diesem ein Medikament erhalten, das sie zu Hause einnehmen wollte. Die älteste Tochter konnte ihre Mutter jedoch kurzfristig von der Abtreibung abbringen, sodass das Mädchen, nach einem normalen Schwangerschaftsverlauf, gesund und im Beisein der ältesten Tochter von einer traditionellen Hebamme entbunden wurde.

Durch die Kontextualisierung des Fallbeispiels zeigt sich, dass die Gründe eine_n spezifische_n Akteur_in des lokalen medizinischen Pluralismus zu konsultieren, sehr individuellen Ursprungs sind. Außerdem muss betont werden, dass einige Patientinnen unterschiedliche traditionelle Hebammen während ihrer Schwangerschaft aufsuchen, wobei Empfehlungen durch Freunde und Familienangehörige, aber auch eigene Erfahrungen darüber entscheiden, ob es zu einem Wechsel kommt. Eine traditionelle Hebamme, von der bekannt war, dass eine ihrer Patientinnen unter der Geburt verstorben war¹⁸⁴, berichtet mir beispielsweise, dass sie nicht verstehen würde, warum sie zwar zur Schwangerschaftsbetreuung aufgesucht werden würde, ihre Patientinnen aber für die Geburt eine andere traditionelle Hebamme bevorzugen. In Extremfällen gibt es gelegentlich sogar Patientinnen, die während jeder der drei relevanten Phasen, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, eine andere Hebamme aufsuchen und zusätzlich durch das lokale Gesundheitszentrum betreut werden. Ich möchte nun wieder zum Fallbeispiel der bereits eingeführten Familie kommen.

Aufgrund meiner guten Beziehung zu dieser Familie bin ich geladener Gast eines Familienfests gewesen. Das Fest wurde veranstaltet, da einer der Söhne der Familie

184 Im Interview wurde aus methodischen Gründen nicht über dieses Ereignis gesprochen

die Grundschule erfolgreich abgeschlossen hatte und nun die Mittelstufe¹⁸⁵ besuchen sollte. Neben einer Vielzahl von Familienangehörigen und Freunden ist auch eine traditionelle Hebamme anwesend, die jedoch keines der Kinder der Informantin entbunden hat. Etwas schamhaft erklärt mir die älteste Tochter, dass die traditionelle Hebamme eingeladen wurde, um im Rahmen des festlichen Anlasses eine Geburtszeremonie durchzuführen. Das Ziel dieser Zeremonie sei es, dass sie selbst seltener erkrankt. Wie bereits erwähnt, fand die Entbindung der Tochter vor 18 Jahren nicht zu Hause statt und wurde auch nicht durch eine traditionelle Hebamme betreut. Noch während die Festlichkeiten in vollem Gange sind – es wird gegessen, getrunken und geredet, von draußen schallt Musik in das kleine überfüllte Haus – beginnt die traditionelle Hebamme mit der Zeremonie. Sie setzt sich an einen, mit vielen Kerzen, gefüllten Plastikbechern, kleinen Gebäckstücken und vollen Tellern gedeckten Tisch. Auch diverse Bierflaschen und ein in der Region hergestellter, hochprozentiger Zuckerrohrschnaps stehen auf dem Tisch. Zunächst beginnt sie alle Kerzen zu entzünden, währenddessen sie auf Totonaco Gebete spricht. Zwischen ihren Beinen, unter dem Tisch, steht ein mit Erde gefüllter Emailletopf, in den sie, ohne die Gebete zu unterbrechen, nach und nach Kaffee, Bier, Zuckerrohrschnaps und die sich auf dem Tisch befindlichen Nahrungsmittel schüttet. Während dieser etwa 20 Minuten andauernden Prozedur wird ihr nur wenig Beachtung geschenkt. Die Gäste fühlen sich nicht veranlasst, ihre Aktivitäten zu unterbrechen und auch der Lautstärkepegel reduziert sich kaum. Nach diesem Abschnitt kommt es zu einer ersten Interaktion zwischen ihr und den anwesenden Gästen. Die traditionelle Hebamme beginnt sich mit Zuckerrohrschnaps das Gesicht und die Gliedmaßen einzureiben. Einige der Gäste, ausschließlich Frauen, treten an den Tisch heran und folgen dem Vorbild der traditionellen Hebamme, die weiterhin Gebete spricht und reiben sich ebenfalls ein. Auch die 18-jährige Tochter wird aufgefordert sich einzureiben, willigt aber nicht ein, was wiederum toleriert wird. Fraglich bleibt, ob die Tochter in meiner Abwesenheit der Aufforderung Folge geleistet hätte oder gegebenenfalls zur Teilnahme genötigt worden wäre. Am Ende der Zeremonie werden die übrig gebliebenen Speisen den Gästen angeboten, die diese verzehren. Auch eine große Flasche Limonade, die während der Zeremonie auf dem Tisch gestanden hatte, wird geöffnet und an die Gäste verteilt, wobei darauf geachtet wird, dass vor allem Kinder von dieser Limonade trinken. Die männlichen erwachsenen Familienangehörigen, zum Beispiel der Familienvater und Gäste halten sich zurück und nehmen zu keinem Zeitpunkt aktiv an der Zeremonie teil, beobachten sie nicht und verlassen zum

185 Im Spanischen „primaria“ (6 Jahre) und „secundaria“ (3 Jahre)

Teil sogar den Raum während sie stattfindet.

Nach Beendigung der Zeremonie wird mir von der Tochter erklärt, dass diese Zeremonie in ihrer Familie normalerweise nach der Geburt jedes Kindes durchgeführt wird. Die traditionelle Hebamme opfert den Toten und bittet in ihren Gebeten, dass diese vom Neugeborenen lassen, da die Präsenz der Toten zu Erkrankung des Neugeborenen führt¹⁸⁶. Die Erde, die den Emailletopf füllt, sollte bestenfalls die Erde sein, über der die Mutter ihr Kind bekommen hat. Dies ist aber in diesem Fall nicht möglich gewesen, da die Tochter im Gesundheitszentrum geboren wurde. Aus diesem Grund nahm man Erde vom Ort (Filomeno Mata), wo die Mutter ihre Tochter vor 18 Jahren geboren hatte. Solche Reinterpretationen sind üblich. Beispielsweise wurde aufgrund des mexikanischen Entwicklungsprogramm *piso firme* (dt. stabiler Boden) des Instituto Mexiquense de la Vivienda Social¹⁸⁷ dieser Aspekt der Zeremonie an die lokale Realität angepasst. Durch das Entwicklungsprogramm haben viele Familien mittlerweile einen Zementboden in ihrem Haus, sodass bei Hausgeburten keine Erde des tatsächlichen Entbindungsorts verfügbar ist.

Allgemein wird anhand dieses Fallbeispiels ein neuer Aspekt traditioneller Hebammen deutlich. Traditionelle Hebammen spielen nicht nur im medizinischen Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine wichtige Rolle für die lokale Bevölkerung, sie sind auch spirituelle Führerinnen. Wobei sie jeweils einer Religion der lokalen Realität nahe stehen. Durch ihre Aufgabenbereiche im medizinischen Kontext, die eng verwoben mit dem spirituellen Weltbild ihrer Patientinnen sind, stellen sie ein Einheit schaffendes Symbol vor allem für die weibliche Bevölkerung dar. Sie verkörpern eine Schnittstelle zwischen essentiellen Bereichen der lokalen Realität. Gleichzeitig bestätigt das Fallbeispiel, dadurch dass die anwesende traditionelle Hebamme niemals während einer Schwangerschaft oder Geburt von der Mutter der Familie aufgesucht wurde, dass beide Bereiche auch unabhängig voneinander für die lokale Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Qualitative Studien zeigen häufig, dass Hausgeburten hauptsächlich aufgrund der örtlichen Distanz zu medizinischen Einrichtungen und der finanziellen Möglichkeiten der in Armut lebenden Bevölkerung präferiert werden (u.a. Thaddeus und Maine 1994, Davis-Floyd 2003, Izugbara et al. 2008 und Titaley et al. 2010). Zwei Aspekte, die auch in der Sierra de Totonacapan das Verhalten während Schwangerschaft und Geburt oberflächlich erklären können. Dennoch führen solche Ergebnisse dazu, die multidimensionale

186 Vgl. Maimbolwa et al. (2003) für Zambia und Liamputtong et al. (2005) für Thailand

187 Im Deutschen: „Mexikanisches Institut für soziales Wohnen“ (<http://portal2.edomex.gob.mx>)

Rolle der traditionellen Hebammen zu vernachlässigen. Die Rolle traditioneller Hebammen befindet sich in einem permanenten Wandel. Dieser stetige Prozess muss berücksichtigt werden, wenn man Entscheidungen und Präferenzen der lokalen Bevölkerung verstehen möchte. Gleichsam müssen auch andere medizinische Gesundheitsprogramme mit Einfluss auf die Gesundheit von Müttern berücksichtigt werden. Aus diesem Grund werde ich mich im folgenden Kapitel näher mit dem Bereich „Familienplanung und Empfängnisverhütung“ befassen.

7.3 Familienplanung und Empfängnisverhütung

Ein Arzt des Regionalkrankenhauses spricht im Rahmen eines Interviews über die, seiner Meinung nach, in der Region präsente „Überbevölkerung“. Er berichtet wortgetreu:

„Überbevölkerung, könnte man sagen, bedeutet, dass in einer Familie eine Vielzahl von Schwangerschaften auftritt. Sagen wir mal mehr als drei Schwangerschaften sind schon eine Multipara. In dieser Region gibt es viele Frauen mit vier, fünf, sechs, bis zu zehn Schwangerschaften. Warum? Weil es an Aufklärung und Orientierung durch eine gute Vermittlerin oder Vermittler fehlt, damit sie die Zahl ihrer Kinder begrenzen oder planen.“

(P5.1)

Die Vorstellungen des medizinischen Personals und der lokalen Bevölkerung über die ideale Kinderanzahl einer Familie unterschieden sich teilweise deutlich. Während vom medizinischen Personal eine Kinderanzahl von zwei bis drei Kinder als ideal angesehen wird, empfindet ein nicht zu vernachlässigender Teil der lokalen Bevölkerung fünf bis sechs Kinder als wünschenswert.

Vor allem in Filomeno Mata wird aufgrund der, durch die geografische Situation des Gemeindebezirks begründeten Konstruktionsweise, häufig von „Überbevölkerung“ gesprochen. In Filomeno Mata ist es, anders als in anderen Gemeindebezirken der Region, üblich mehrstöckige Häuser zu bauen oder bestehende Häuser aufzustocken. Dieser Sachverhalt verstärkt wiederum die Annahme, der Gemeindebezirk sei überbevölkert.

Laut Instituto Nacional de la Mujer haben 13,4% der indigenen und 7,8% der nicht indigenen Frauen in Mexiko mehr als vier Kinder (INMujeres 2009: 15). Im Bundesstaat

Veracruz ist die Anzahl der Kinder pro Familie zwischen 1990 und 2000 von 3,24 auf 2,29 Kinder gesunken und lag damit unter dem mexikanischen Mittel (CONAPO 2000).

Das medizinische Personal berichtet, dass die lokale Bevölkerung nicht entsprechend seiner Vorstellungen verhütet bzw. Schwangerschaften plant. Dies bedeutet, dass das medizinische Personal der Meinung ist, die lokale Bevölkerung wäre modernen Verhütungsmethoden gegenüber zurückhaltend eingestellt, sodass kein klassischer „*unmet need*“ vorliegt.

Gemäß der Aussage eines Arztes des Gemeindebezirks Filomeno Mata ist die geringe Verwendung von Verhütungsmethoden mit deren Freiwilligkeit assoziiert.

„Das Problem an den Familienplanungsprogrammen ist, dass es freiwillige Programme sind. Du kannst eine Person nicht zwingen zu verhüten, weil du dich dann gegen die Verfassung stellst. Ihr Recht auf...? Ihre sexuelle Freiheit! Du musst die Menschen überzeugen. Es kommen aber auch schon einige Jugendliche und fordern ein Verhütungsmittel, das ist ein Vorteil. Sie haben eine andere Ideologie.“ (P18.2)

An dieser Stelle ist es besonders interessant zu evaluieren, wie die lokale Bevölkerung selbst diese „*freiwilligen Programme*“ beurteilt und inwieweit von dieser von Überzeugung und Zwang berichtet wird. Dies werde ich im Detail darstellen, wenn ich mich explizit den beiden Verhütungsmethoden DIU und OTB widmen werde.

Ähnlich wie bereits anhand der Hausgeburt demonstriert, argumentiert das medizinische Personal, dass die Anzahl der Kinder in einer Familie durch kulturelle Faktoren beeinflusst wird. Im oben genannten Beispiel könnte dies durch den Begriff „*Ideologie*“ ausgedrückt werden. Ein anderer Informant berichtet über eine explizite Verbindung zwischen Kultur und Kinderanzahl.

„Die Sitten und Bräuche oder wie sie es nennen, 'Weil meine Nachbarin und Freundin zwölf Kinder hatte, werde ich auch zwölf Kinder haben!'. Das ist schon ein Brauch, ein schlechter Brauch. Es handelt sich um Überbleibsel der Vergangenheit, die sie ausleben aufgrund fehlender Kultur und innerhalb der fehlenden Kultur befindet sich die fehlende Bildung. Wo es keine Bildung gibt wird es auch keine Kultur geben.“ (P5.1)

Kinderreiche Familien sind in den Augen dieses Informanten ein „Überbleibsel der Vergangenheit“, das aufgrund „fehlender Bildung“ und „fehlender Kultur“ weiterbesteht. Eindeutig wird in diesem Zitat eine kulturelle Hierarchie verdeutlicht, womit erneut die „kulturelle Verwurzelung“ thematisiert und mit dem Verhalten der lokalen Bevölkerung kausal in Verbindung gebracht wird. Die Präsenz eines „unmet need“ wird in dieser Aussage nicht verdeutlicht. Außerdem zeigt die generalisierte Übertreibung („zwölf Kinder“), welches Bild das medizinische Personal von der lokalen Bevölkerung hat. Tatsächlich gibt es in der Region Familien mit überdurchschnittlicher Kinderanzahl, dies ist aber keineswegs die Regel. Viele Informantinnen berichteten erwartungsvoll und stolz, dass sie nur zwei Kinder haben.

Eine weitere Problematik sind die Geschlechterrollen innerhalb der mexikanischen Gesellschaft. Das mexikanische Männerbild des „macho“ wird vom medizinischen Personal als unüberbrückbare Hürde angesehen. Durch das folgende Zitat wird sich dies weiter konkretisieren:

„Die Männer sind die, die häufig kein Verhütungsmittel verwenden möchten und noch weniger Kondome, weil sie nicht dasselbe fühlen. Vielleicht wissen sie auch nicht, wie man sie benutzt. Ihre Entschuldigung ist oft, dass sie sich nicht schützen brauchen, wenn sie nur [Geschlechts-]Verkehr mit ihrer Frau haben. Sie sehen das etwas anders. Außerdem fühlen sie weniger. Chauvinistische Ausreden! De facto kommen viele Frauen heimlich um ihr Verhütungsmittel abzuholen. Viele kommen und ganz schnell wollen sie eine Injektion oder heimlich ein Verhütungsmittel mitnehmen, weil ihre Ehemänner sie nicht lassen. Es gibt hier ein Sprichwort, das heißt 'Der Mann will eine Frau wie eine Schrotflinte, hinter der Tür und geladen', versteckt, wo niemand sie sieht und schwanger. Wenn die Männer ihre Frauen schwängern, können sie nicht weglaufen, außerdem kann eine Schwangere sie nicht mit einem anderen Mann betrügen.“ (P52)

Eine Vielzahl von – teilweise nachvollziehbaren – Vorurteilen wird mit dem „macho“ in Verbindung gebracht. Neben den hier genannten wurde vom medizinischen Personal häufig postuliert, dass ein mexikanischer Mann sich umso männlicher fühlt je mehr Kinder er gezeugt habe. Der Spruch „*Más hijos tienes, más hombre eres*“, im Deutschen „*Umso mehr Kinder du hast, desto mehr Mann bist du*“, wurde häufig vom medizinischen Personal herangezogen, um zu erklären, warum eine Familie viele

Kinder hat. Allgemein ist bekannt, dass die männliche Bevölkerung weniger Bereitschaft zeigt, selbst Verhütungsmethoden zu verwenden und teilweise weiblichen Sexualpartnern dies untersagt. Demnach wird in der Fachliteratur die Einbeziehung der männlichen Sexualpartner bzw. der Männer generell in Familienplanungsprogramme thematisiert und gefordert (u.a. de Schutter 2000, Dudgeon und Inhorn 2004: 1383-1384, Gutmann 2009).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das medizinische Personal neben Eigenschaften der Familienplanungsprogramme, zum Beispiel Freiwilligkeit und Art der Aufklärung, häufig dazu neigt soziokulturelle Faktoren heranzuziehen, um sich die hohe Kinderzahl und die – aus Sicht des medizinischen Personals - geringe Bereitschaft eine moderne Verhütungsmethode zu verwenden zu erklären. Generell kann außerdem gesagt werden, dass das medizinische Personal Empfängnisverhütung und Familienplanung, ebenso wie auch in der Fachliteratur dargestellt, als relevant und vielversprechend beurteilt.

Seltsamerweise wurde während der semi-strukturierten Interviews äußerst selten von der Möglichkeit, die MMR durch die Verwendung moderne Verhütungsmethoden positiv zu beeinflussen, gesprochen. In den abschließend von mir durchgeführten strukturierten Interviews assoziierte nur eine Informantin aktiv die Familienplanungsprogramme mit der MMR¹⁸⁸. Dies lässt zunächst keine eindeutigen Rückschlüsse auf die Motivation des medizinischen Personals zu. Beobachtungen und Informantenaussagen in Verbindung mit der Fachliteratur lassen jedoch darauf schließen, dass Verhütungsmethoden auch im Kontext von Bevölkerungs- und Patientenkontrolle gesehen werden müssen (García Gavidia et al. 2001, Chapman 2011).

Diese Vermutung verstärkt sich, wenn man sich erneut den üblicherweise verwendeten, essentialistischen Kulturbegriff und implizierte Wertevorstellungen (z.B. Familiengröße) des medizinischen Personals vor Augen führt. Die wahrgenommene Diskrepanz zwischen Wertevorstellungen der lokalen Bevölkerung und dem medizinischen Personal verdeutlicht sich zum Beispiel anhand des sehr häufig in anamnestischen Situationen zitierten Slogans „*La familia pequeña vive mejor*“¹⁸⁹. Es wird eher dazu tendiert, dass Schwangerschaften willentlich oder aufgrund soziokultureller Faktoren nicht verhütet oder geplant werden und ein klassischer „unmet need“ in der

188 Die Frage lautete „*Wie kann die Müttersterblichkeit reduziert werden?*“

189 Ins Deutsche übersetzt besagt der 1972 in Zuge eines mexikanischen Familienplanungsprogramms verwendete Slogan: „*Die kleine Familie lebt besser*“ (Gutmann 2009: 114).

Region demnach nicht existiert.

7.3.1 Dispositivo intrauterino (DIU)

Da mir der Umgang mit dem DIU während meiner Arbeit im Regionalkrankenhaus besonders aufgefallen ist, habe ich dieses Thema näher untersucht. Im Grunde bekommt jede Schwangere, die im Regionalkrankenhaus entbindet, nach der Geburt ihres Kindes einen DIU eingesetzt. Ausnahmen können u.a. durch eine nachfolgende Sterilisation, freundschaftliche oder verwandtschaftliche Beziehungen zum medizinischen Personal und fehlendes Material oder Personal entstehen. Die Applikation des DIU gehört damit zur Routine der institutionellen Geburtshilfe. Wie diese Routine umgesetzt wird, soll durch das folgende Zitat eines Arztes verdeutlicht werden, der einer schwangeren Patientin folgendes erklärt:

„So mein Kind, ich habe gehört, dass du die Spirale nicht willst. Hier besagt die Krankenhausvorschrift, dass man eine Spirale einsetzen muss. Wenn Sie nicht wollen, nach einem Monat, zwei Monaten oder einem Jahr, haben Sie das Recht die Spirale in ihrem Gesundheitszentrum wieder entfernen zu lassen, aber diesen Ort werden sie mit der Spirale verlassen. So sind die Regeln. Wenn es nach mir gehen würde, würde ich sie nicht verwenden, aber die Vorschrift des Krankenhauses will es so. Ich sag es nur, damit sie sich später nicht betrogen fühlen.“ (P5.2)

Der zitierte Arzt argumentiert, dass das Einsetzen des DIU eine „Krankenhausvorschrift“ darstellen würde, die einen unumgänglichen Bestandteil der institutionellen Geburt verkörpere. Dies bedeutet, dass im Grunde jede Patientin vor der Entbindung eine entsprechende Einverständniserklärung unterschreibt. In der Regel ist den Patientinnen diese Routine bereits bekannt, sodass sie sich bei einer institutionellen Geburt im Regionalkrankenhaus bereits mit diesem Thema auseinandergesetzt haben. In einigen Fällen wird diese Routine wortlos akzeptiert, in anderen angefochten und versucht die Applikation des DIU zu umgehen.

Das medizinische Personal beschreibt auf der einen Seite eine Akzeptanz der Bevölkerung und auf der anderen Seite enorme Probleme bei der Umsetzung der „Krankenhausvorschrift“. An dieser Stelle sollen nun zwei Extreme angeführt werden, um die Perspektive des medizinischen Personals zu verdeutlichen. Ein Arzt des Regionalkrankenhauses berichtet von einer allgemeinen Akzeptanz der Bevölkerung. Eine

Ärztin beschreibt die Verwendung des DIU hingegen als konfliktbehaftet und schildert Probleme bei der Einverständniserklärung¹⁹⁰.

„Schlussendlich sehen wir, dass nur noch sehr wenige Frauen hormonelle Methoden, zum Beispiel die Pille, verwenden. Das kommt kaum vor. Heute kehren alle Frauen, die gebären mit der Spirale zurück. Nicht mehr mit der Pille oder Injektionen. Die Bevölkerung akzeptiert das jetzt, sie akzeptieren die Spirale. Aus diesem Grund bekommt bei uns hier im Krankenhaus jede Frau nach der Geburt die Spirale. Barrieremethoden¹⁹¹ werden kaum noch benutzt. Vielleicht in anderen Bevölkerungsgruppen. Vielleicht werden bei Prostituierten andere Methoden verwendet, aber hier nicht mehr.“ (P5.1)

„Also ich sage es ihnen und dann bestehe ich darauf und sage ihnen, dass es Vorschrift ist und wenn sie ihn [den DIU] nicht wollen, können sie ihn in ihrem Gesundheitszentrum entfernen lassen. [...] ich sage ihnen genau: 'Unterschreib hier!' und dann führe ich ihn ein. Wenn ich sehe, dass sie in der Austreibungsphase sind, sage ich ihnen 'Wirst du ihn dir einsetzen lassen?' und wenn sie ihn dann nicht wollen, sage ich: 'Aber es ist Vorschrift, auch wenn du nicht willst, hier gehst du nur mit Spirale raus. Wenn du morgen nicht mehr willst, gehst du in dein Gesundheitszentrum und man entfernt sie dir.' Gut dann geht's. Aber normalerweise sage ich: 'Ich werde dich untersuchen' und dann setzte ich ihn ein, aber nur wenn sie unterschrieben haben.“ (P31.3)

Interessant ist, dass ein Teil des medizinischen Personals – meinen Beobachtungen zu Folge ein geringer – den DIU als von der Bevölkerung akzeptiert ansieht und ein anderer Teil Probleme mit diesem hat. Da es sich aus der Sicht der zitierten Ärztin um eine „Vorschrift“ handelt, hat sie Strategien entwickelt, ihre Patientinnen zu überreden, sich den DIU einsetzen zu lassen. Gemäß des Inhalts des zweiten Zitats muss vermutet werden, dass es sich nicht um Akzeptanz bezüglich des DIU handelt, sondern eher um Resignation der lokalen Bevölkerung gegenüber der patriarchalen Arzt-Patienten-Beziehung. Außerdem muss bei der geschilderten Strategie angezweifelt werden, dass es sich bei der Umsetzung des Familienplanungsprogramms, wie anfangs von einem Informanten beschrieben, um ein „freiwilliges Programm“ handele,

190 Vgl. 9.2 Dokumente

191 Zu den Barrieremethoden der Empfängnisverhütung zählen: Kondome, Spermizide, Scheidendiaphragma, Portioklappe etc.

das die „sexuelle Freiheit“ der Patientinnen berücksichtige.

Auf die Frage „Haben sie die Vorschrift den DIU einzusetzen?“ antwortet ein weiterer Arzt:

„Fast, hier sagt man es ihnen nicht so, aber an anderen Orten sagt man: 'Wenn wir dir den DIU nicht einsetzen, wirst du danach alles bar bezahlen!', dann antworten sie: 'Nein, nein, dann setzt ihn mir ein!'. Manchmal sagen sie auch 'Lass ihn dir einsetzen, wenn nicht musst du zahlen. Später kannst du ihn dir wieder entfernen lassen.' Aber hier ist das nicht so. Sie akzeptieren ihn fast freiwillig oder manchmal benutzen wir ihn gar nicht. Bei einigen Kaiserschnitten haben wir keinen DIU verwendet. Wie du ja weißt gibt es verschiedene Ebenen der Gesundheitsversorgung und die Ebene der Familienplanung befindet sich im Gesundheitszentrum. Wenn sie dort ihre Arbeit schlecht machen, merkt man das. Im Krankenhaus arbeiten wir auch daran, aber verantwortlich ist das Gesundheitszentrum. Generell gibt es im Gesundheitszentrum nur Vorsorge, alles Weitere sollte hier herkommen. Dort werden keine Geburten betreut, glaube ich. [...] Ich habe hier keine Verpflichtung die Spirale einzusetzen. Hier wird das Kind geboren und von hier gehen sie in ihr Gesundheitszentrum und dort bekommen sie die Spirale. Das ist die Idee, so ist es!“ (P4)

Zunächst beschreibt der Informant eine Situation, die zuvor von einer Informantin des Regionalkrankenhauses in abgewandelter Form geschildert wird. Es wird behauptet, dass solche Strategien im Regionalkrankenhaus nicht zur Anwendung kämen. Tatsächlich wird auf den DIU nur dann verzichtet, wenn auf einen Kaiserschnitt eine Sterilisation folgt, anderenfalls ist die Verwendung des DIU annähernd obligat. Prinzipiell sollte Familienplanung auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung stattfinden. Die Verwendung des DIU und chirurgische Empfängnisverhütungsmethoden werden jedoch medizinischen Einrichtungen, wie dem Regionalkrankenhaus oder entsprechenden Referenzzentren, zugeordnet (PMNCH 2011: 12). Demzufolge fällt das Einsetzen des DIU in den Verantwortungsbereich des Regionalkrankenhauses. Der Informant versucht jedoch, die Verwendung des DIU im Regionalkrankenhaus als Aufarbeitung der Versäumnisse der peripheren Gesundheitszentren darzustellen („[...] aber verantwortlich ist das Gesundheitszentrum.“). Die Gesamtheit seiner Argumente lässt, wenn man sie im Kontext der lokalen Beobachtungen und anderer Informantenaussagen betrachtet, die Vermutung zu, dass der Informant selbst die angewandten

Strategien für moralisch nicht vertretbar erachtet.

Dass die überdurchschnittliche Verwendung des DIU im Regionalkrankenhaus auf Eigeninitiative des medizinischen Personals beruht, sollte angezweifelt werden. Denn häufig stehen hinter teils fraglichen individuellen Strategien politische Motivationen. Die argentinische Anthropologin Ramírez meint *„Die realen Auslöser sind soziopolitischer Natur. Die Gewalttaten, die sich in medizinischen Einrichtungen präsentieren und entwickeln, können nicht auf einfache individuelle Aktionen reduziert oder durch diese gerechtfertigt werden“*¹⁹² (Ramírez Hita 2011: 114).

Eine Studie der WHO und der Londoner NGO Marie Stopes International¹⁹³, die die Verwendung des DIU in 14¹⁹⁴ Ländern untersuchte, beschreibt große Unterschiede bezüglich der Prävalenz des DIU in den verschiedenen Ländern. Es heißt dort:

*„It is most unlikely that any biological or cultural factor can account for this variability. Rather, it reflects the policy choices about which methods to promote and biases in family planning services.“*¹⁹⁵ (Ali et al. 2011: 31).

Nun, da ich die Problematik des DIU aus Sicht des medizinischen Personals beschrieben habe, möchte ich auf einige Aussagen der lokalen Bevölkerung eingehen. Die Gegenüberstellung von Aussagen des medizinischen Personals auf der einen und der lokalen Bevölkerung auf der anderen Seite wird zeigen, dass es sich beim DIU um eine Barriere zwischen schwangeren Patientinnen und der institutionellen Geburt handelt.

Während einer Fokus-Gruppendiskussion im Gesundheitszentrum in Coyutla habe ich, neben anderen Themen, mit den Teilnehmerinnen über Familienplanung und Empfängnisverhütung gesprochen. Das Thema kam, ohne dass ich es provoziert hätte, im Kontext der institutionellen Geburt auf. Das ursprüngliche Thema waren die Vor- und Nachteile einer institutionellen Geburt. Eine Teilnehmerin berichtet von den Erlebnissen ihrer Schwägerin:

192 Im spanischen Original *„Los detonantes reales son de tipo sociopolítico. La violencia que aparece y se desarrolla en los servicios de salud no puede verse reducido y justificada en simples acciones individuales.“* (Ramírez Hita 2011: 114)

193 Marie Stopes International arbeitet zum Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit (<http://www.mariestopes.org.uk/>)

194 Bangladesch, Bolivien, Kolumbien, Dominikanische Republik, Ägypten, Indonesien, Jordanien, Kasachstan, Marokko, Nicaragua, Peru, Philippinen, Türkei und Vietnam

195 Im Deutschen: *„Es ist höchst unwahrscheinlich, dass irgendein biologischer oder kultureller Faktoren diese Variabilität erklärt. Vielmehr spiegelt sie politische Entscheidungen über zu fördernde Verhütungsmethoden und Vorurteile in medizinischen Einrichtungen zur Familienplanung wider.“* (Ali et al. 2011: 31)

„So haben sie es mit meiner Schwägerin gemacht. Sie haben ihr gesagt: 'Wenn du dir nicht die Spirale einsetzen lässt, lassen wir dich nicht gehen!'. Das haben sie ihr gesagt. Sie wollte sich die Spirale nicht einsetzen lassen. Sie hat verhütet, aber nicht mit der Spirale und trotzdem haben sie ihr gesagt: 'Wenn du uns nicht lässt, kommst du hier nicht weg!'.“ (P2.2)

Im weiteren Verlauf der Diskussion beschreibt sie den Umgang mit Patientinnen im Regionalkrankenhaus wie folgt:

„De facto zwingen sie uns zu unterschreiben. Sie zwingen uns die Einverständniserklärung zu unterschreiben, dass wir die Spirale wollen und wenn man selbst nicht unterschreiben kann, dann eben der Ehemann! Ich meine, das ist doch schon eine Straftat. Sie zwingen dich, obwohl eigentlich du die Entscheidung über deinen Körper hast. Wenn wir nicht wollen, kann uns niemand zu etwas zwingen, das wir nicht wollen. Genau deswegen wollen viele nicht zum Entbinden ins Krankenhaus oder dass ein Arzt sie versorgt, denn tatsächlich ist es der Arzt, der entscheidet und nicht man selbst.“ (P2.2)

In den Augen der Informantin entsprechen die Strategien des medizinischen Personals eine Einverständniserklärung zu erzwingen einer „Straftat“. Tatsächlich stellt der DIU nicht die Barriere zwischen Patientinnen und institutioneller Geburt da, sondern die angewandten Strategien zur Umsetzung des Familienplanungsprogramms. Der DIU wird zum Sinnbild der problematischen Empfängnisverhütung.

Nicht nur für schwangere Frauen in Coyutla hat der DIU Konfliktpotential. Auch in Filomeno Mata haben sich ähnliche Ansichten entwickelt. Eine Informantin beschreibt eine Situation, die sie im dortigen Gesundheitszentrum beobachtet hat:

„Sie haben angefangen die Frau zu schimpfen. Sie schimpften sie und sagten ihr verschiedene Dinge, warum sie mehr Kinder will, wenn sie schon viele hat, dass sie kein Tier ist. Kein Hund, der jedes Jahr trägt. Da ist die schlechte Behandlung! Hätten sie sich mal in ihre Position versetzt, vielleicht hätten sie sie verstanden. Jeder weiß was er möchte. Vielleicht mag ihr Ehemann gerne viele Kinder haben. Er gibt ihnen wenig, mit wenig versorgt er sie, aber er arbeitet dafür. Also haben sie der Frau die Spirale

eingesetzt, ohne dass sie gewollt hätte. Sie haben sie einfach eingesetzt und dann wurde sie nach Hause gebracht.“ (P87)

Eine andere Informantin berichtet von ihrer Tochter:

„Sie haben meiner Tochter die Spirale eingesetzt und sie wollte es gar nicht. Aber dann haben sie sie wieder entfernt, weil sie Schmerzen hatte, schlimme Schmerzen. Sie sagte mir: 'Ich will sie entfernen!'. Nebenbei lebt ihr Ehemann nicht hier. Er arbeitet in Xalapa. Sie sagt: 'Weißt du was? Ich will nicht!', ich meinte 'Aber du wirst schwanger werden'. 'Von wem soll ich schwanger werden, wenn ich hier niemanden habe' hat sie zu mir gesagt 'Ich will, dass sie sie entfernen!'. Sie meinte, sie habe Schmerzen und dann haben sie die Spirale entfernt [...]. Sie fragen dich einfach nicht. Wie gesagt, bei meiner Tochter haben sie es so gemacht. 'Nein! Hat sie gesagt 'Nein, ich will nicht!', 'Doch du wirst sie einsetzen lassen mein Kind, du wirst sie einsetzen.' Gut, sie hat sie gelassen, aber es war auch am selben Tag an dem auch mein Enkel geboren wurde.“ (P92)

Die Problematik präsentiert sich in beiden Gemeindebezirken. Ein prinzipieller Unterschied ist, dass in Filomeno Mata sehr viel mehr traditioneller Hebammen zur Verfügung stehen als in Coyutla. Außerdem begegnen schwangere Frauen in Filomeno Mata deutlich größeren Hürden, wenn sie sich für eine institutionelle Geburt entscheiden (geografische Entfernung, finanzielle Mittel, linguistische Barrieren, etc.). In Coyutla wird der Umgang mit dem DIU zwar offen kritisiert, die Kritik führt aber nur selten zu Veränderung, da die institutionelle Geburt im Regionalkrankenhaus für viele Frauen alternativlos ist. Dies führt dazu, dass sie sich wider Willens der angewandten Strategien beugen müssen. Ein kleinerer Teil der schwangeren Frauen ist hingegen nicht bereit, die Vormundschaft über ihren Körper an einen Fremden abzugeben. In solchen Fällen ist die Art der Umsetzung des Familienplanungsprogramms richtungweisend für das Verhalten der Patientinnen. Eine der wenigen traditionellen Hebammen aus Coyutla erklärt mir, warum ihre Patientinnen die Hausgeburt der institutionellen Geburt vorziehen würden.

„In ein Krankenhaus, zum Beispiel Entabladero, kommt eine Patientin und sie sagen ihr: 'Weißt du was? Wir werden dich versorgen, aber wir werden dich auch sterilisieren. Jetzt gleich! Du hast schon so viele Kinder!' Und die

Patientin will nicht. Oder sie sagen ihnen: 'Weißt du was? Du gehst hier mit einer Spirale raus!'. Sie wollen das nicht, weil einer Freundin oder der Nachbarin haben sie die Spirale eingesetzt und die Frau läuft ständig aus oder blutet sehr viel. Sie sagen: 'Ich will das nicht!'. Ich sage ihnen dann: 'Schau mal, die Spirale ist nicht für alle gut. Wenn sie blutet heißt das nicht, dass du auch bluten wirst. Dir wird nicht dasselbe passieren wie ihr, weil es nicht derselbe Organismus ist.' Aber sie haben Angst.

Oder weißt du was es noch gibt? 'Sie werden mich operieren!'. Die eine Frau, was glaubst du, warum sie zu mir kommt? Sie kommt von weither, [...] sie hat sogar ihre Überweisungen gehabt und trotzdem rennt sie zu mir. 'Hau ab!' hab ich ihr gesagt, 'Du weißt doch, dass ich es nicht mehr aushalte' hat sie geantwortet. Gut, bei der Frau ging es ganz schnell, aber ich hab ihr gesagt: 'Ich werde dich entbinden, aber du musst dir eine Strategie ausdenken, damit du keine Kinder mehr bekommst, denn ihr habt nichts zu essen.'“ (P3)

Es zeigt sich, dass schwangere Frauen, um den DIU zu umgehen, traditionelle Hebammen aufsuchen. Auf institutioneller Ebene verdeutlicht sich dies durch die Kritik des medizinischen Personals, dass der Meinung ist, traditionelle Hebammen würden durch ihre Bereitschaft per se und das Stigma kulturell definierter Familienplanung die Verbreitung moderner Verhütungsmethoden erschweren. An diesem Beispiel wird jedoch ersichtlich, dass die an Leitlinien und Gesundheitsprogramme gebundene Umsetzung ergebnisorientierter Strategien, gegenwärtige Hierarchien und patriarchale Umgangsformen reproduzieren und folglich Familienplanung behindern.

7.3.2 Oclusión tubaria bilateral (OTB)

Nachdem ich das Familienplanungsprogramm mit Fokus auf den DIU als die zweithäufigste Verhütungsmethode, die von mexikanischen Frauen verwendet wird, betrachtet habe, möchte ich mich nun der Tubenligatur (OTB), der häufigsten Verhütungsmethode, widmen.

Seitens der lokalen Bevölkerung wird regelmäßig beklagt, dass die OTB in der Arzt-Patienten-Beziehung häufig thematisiert wird und der Eingriff teilweise erzwungen wird, ohne dass eine Bereitschaft, sich operieren zu lassen, besteht. Die Vermutung, dass in

Mexiko Zwangssterilisationen durchgeführt wurden, wird von der Fachliteratur bekräftigt. In der Vergangenheit gab es beispielsweise Gesundheitsprogramme, die gezielt auf eine Prävalenzsteigerung der OTB hinarbeiteten (u.a. Castro 2004, Menéndez 2009, OSF 2011). Zusammenfassend kann die OTB – und auch der DIU – als Verkörperung institutioneller Gewalt angesehen werden und muss folglich in diesem Rahmen analysiert werden.

Die Weltbank argumentierte 1984 in ihrem World Development Report für eine Bezahlung der Patientinnen, die eine OTB wünschen, um Transportkosten und Zeitaufwand entgegen zu wirken (World Bank 1984: 122). Sie propagierte aber auch, dass Bezahlungen nicht dazu führen würden, die Kinderanzahl einer Familie zu reduzieren (World Bank 1984: 125). Des Weiteren betonte die Weltbank in ihrem Report den Nutzen von so genannten „*Sterilization Vans*“ in Thailand und „*Sterilization Camps*“ in Indien (World Bank 1984: 145). Auch wenn in diesem Kontext nicht von Zwangssterilisation die Rede ist, bieten solche Initiativen die Voraussetzungen dafür. Im lokalen Kontext stehen den Empfehlungen der Weltbank, Werbemaßnahmen für OTB und Vasektomie (Abbildung 10), spezielle Operationsinitiativen („*jornadas*“) oder die Motivation des medizinischen Personals durch Vergütung mittels Urlaubstagen¹⁹⁶ gegenüber.

Das empirische Material stärkt die Vermutung, dass im lokalen Kontext nicht alle durchgeführten Sterilisationen mit absoluter medizinischer Indikation und dem notwendigen, informierten Einverständnis durchgeführt wurden. Während einer Fokus-Gruppendiskussion in Coyutla erklärt eine Teilnehmerin im Zuge einer Äußerung über den DIU, wie im Regionalkrankenhaus mit der OTB umgegangen wird.

„Im Regionalkrankenhaus wird man gezwungen, es ist Obligation [...] bei der OTB ist es genauso, aber da hängt es davon ab, wie viele Kinder du hast. Da sagen sie dir, dass es das Letzte ist. Wenn du zwei Geburten hattest fangen sie schon an, dir zu sagen: 'Du solltest dich operieren lassen. Warum willst du so viele Kinder?', fragen sie dich.“ (P2.1)

Eine Bewohnerin aus Filomeno Mata spricht über ihre eigene Sterilisation folgendermaßen:

„Ich bin ins Krankenhaus gegangen, weil ich eine Hernie operieren lassen

196 Vgl. 9.2 Dokumente

wollte. Sie haben meinen Ehemann gefragt, ob sie mich auch operieren könnten, damit ich keine Kinder mehr bekomme. Mein Ehemann hat ja gesagt, aber ich wollte das gar nicht.“ (P13)

Allgemein wird die OTB in Filomeno Mata häufig mit dem Regional- und anderen Krankenhäusern assoziiert.

„Heutzutage fragen sie nicht mehr nach, wenn sie dich operieren wollen. In Poza Rica machen sie es nicht. Dort fragen sie dich nicht, wenn sie dich operieren werden. Sie operieren dich einfach so, 'Du wirst dich operieren lassen, weil das nun mal so ist!'. So sagt man es uns dort [...]. Das erzählen einige Personen, die dort im Krankenhaus gewesen sind. Deswegen will ich auch nicht dorthin, ich finde das schrecklich. Hier im Gesundheitszentrum haben sie mir schon oft gesagt, dass ich mich operieren lassen soll, aber ich bin nicht hingegangen.“ (P92)

Es wird deutlich, dass trotz der Befürwortung seitens der medizinischen Fachliteratur und der hohen Prävalenz der OTB, der Thematik im lokalen Kontext ein ausgeprägtes Konfliktpotenzial innewohnt. Um die Hintergründe zu verstehen, möchte ich an dieser Stelle Zitate anführen, die die Problematik aus der Perspektive des medizinischen Personals verdeutlichen.

Ein Arzt aus dem Regionalkrankenhaus antwortet auf die Frage, ob es Schwierigkeiten gebe die lokale Bevölkerung von der OTB zu überzeugen, folgendermaßen:

„Nein! Nein, es gibt keine Probleme! Also es gehen Leute¹⁹⁷ zu ihnen und erklären ihnen alles. Im Grunde sind bei den 'jornadas'¹⁹⁸ die Hälfte der Operationen OTBs und eigentlich ist das ein guter Schritt, die Zahl der Kinder zu begrenzen, weil sie hier mehr als fünf haben. Sie akzeptieren es, auch die mit dem dritten Kaiserschnitt akzeptieren es.“ (P4)

197 Diese „Leute“ sind Gesundheitspromotoren, die gezielt Frauen aufsuchen, um ihnen die OTB näher zu bringen. Üblich ist auch die Thematisierung im Krankenhaus, vor oder nach der Geburt, durch das behandelnde Personal.

198 Ungefähr einmal pro Monat finden im Hospital de la Comunidad Entabladero geplante Operationen statt. Bei diesem Ereignis werden 3 Tage am Stück verschiedene kleinere Operationen (Hernien, Lipome, etc.) mit Unterstützung von Ärzt_innen aus anderen Krankenhäusern durchgeführt. In der Regel sind die „jornadas“ fachspezifisch orientiert.



Abbildung 10: Werbung für Tubenligatur und Vasektomie: Gesundheitsdienste in Veracruz, Krankenhaus Entabladero, Permanente Kampagne der Chirurgie ohne Grenzen. 'Salpingotomie und Vasektomie', absolut gratis. (Quelle: eigene Aufnahme)

Ähnlich wie bereits bei der Betrachtung des DIU zeigt sich hier erneut, dass aufgrund der ausgeprägten Prävalenz der Methode von einer allgemeinen Akzeptanz ausgegangen wird. In den Augen dieses Informanten spiegelt sich dies in den „jornadas“ wider. Während dieser Operationstage wird die OTB beworben und überdurchschnittlich viele Frauen sterilisiert (Abbildung 10).

Während einer „jornada“, an der ich teilnehmen durfte, wurden hauptsächlich Frauen (4) aus Filomeno Mata im Alter zwischen 33 und 38 Jahren mit drei bis sieben Kindern operiert. Zusätzlich wurde eine 26-jährige aus Entabladero operiert, die drei Kinder hatte. Trotz der geringen Anzahl an Operationen wurden teilweise zwei Eingriffe parallel in einem Operationssaal durchgeführt. Außerdem konnte ich beobachten wie eine Patientin, die eigentlich aufgrund einer anderen Indikation operiert werden sollte, überredet wurde, zusätzlich eine OTB durchführen zu lassen. In anderen Fällen wurde vor dem Krankenhaus mit weiblichen Familienangehörigen oder wartenden anderen Frauen gesprochen, um diese spontan von einer OTB zu überzeugen. Darüber hinaus wurde versucht, am Tag der „jornadas“ entbindende Frauen zu überreden, sich nach ihrer Geburt sterilisieren zu lassen.

Während der „jornada“ erklärte mir ein Arzt, dass er die OTB sehr befürwortet, da man

auf diesem Weg „die Fabrik schließen könnte“ und die Methode außerdem die MMR senkt. Aus diesem Grund würden alle ein bis zwei Monate ca. zehn OTBs durchgeführt werden. Er erklärte mir weiterhin, dass der Eingriff für die Frauen besser wäre, da sie so nicht auf hormonelle Verhütungsmethoden angewiesen wären und außerdem würden die Operationen die „Produktivität“ des Krankenhauses steigern¹⁹⁹.

Regelmäßig erklärt das medizinische Personal, dass nach dem dritten Kaiserschnitt eine OTB indiziert sei und diese von der Bevölkerung akzeptiert werden würde. Aus einigen Informantenaussagen geht hervor, dass auf einen Kaiserschnitt bei Folgegeburten weitere Schnittentbindungen folgen. Der Bevölkerung ist dieser Sachverhalt bekannt. Außerdem ist einem Großteil bewusst, dass drei aufeinander folgende Kaiserschnitte eine OTB zur Folge haben. Auch in der Fachliteratur ist der Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und OTB bekannt. Der mexikanische Anthropologe Menéndez beschreibt, dass Nationen, die eine liberale Einstellung gegenüber Kaiserschnitten haben auch zu hohen Sterilisationsraten tendieren (Menéndez 2009: 161). In Mexiko war die Kaiserschnitttrate zunächst zur Reduktion der MMR angestiegen, da der Eingriff möglichen Geburtskomplikationen entgegenwirkt. Es zeigte sich jedoch, dass die MMR während des Anstiegs relativ stabil blieb, während die Anzahl der durchgeführten OTBs rapide zunahm. Während dieser Zeit waren 39% der Müttersterblichkeit durch Kaiserschnitte verursacht (Castro 2004: 137).

Nachdem ich gezeigt habe, dass die OTB aus Sicht des medizinischen Personals als besonders sinnvoll und allgemein akzeptiert angesehen wird, möchte ich nun die kontroverse Aussage einer Krankenschwester des Regionalkrankenhauses betrachten:

„Wenn du zum Beispiel jemandem von der Operation erzählst, sagen sie: 'Sie werden mich anästhesieren. Sie werden mich in den OP bringen. Wenn es nicht gut läuft, werde ich sterben'. Das sind ihre Ängste! So ist das und ich denke sie glauben, dass sie sterben werden, weil es für sie praktisch etwas Unbekanntes ist. Es handelt sich um etwas [Operationen], dass ihnen niemals durch den Kopf gehen würde, ausgenommen es handelt sich um etwas wirklich schlimmes. Sie sagen: 'Ich muss mich operieren lassen, weil mein Leben in Gefahr ist, lieber werde ich erneut schwanger', sie meinen: 'Besser bekomme ich noch ein Kind. Egal! Irgend-

199 Vgl. 9.2 Dokumente

wann werde ich aufhören zu menstruieren oder ich werde aufhören Geschlechtsverkehr zu haben und dann werde ich nicht mehr schwanger werden'. Also für sie ist es einfacher sich nicht operieren zu lassen als zu sagen: 'Mein Leben ist in Gefahr und ich werde mich operieren lassen!'. Sie werden schon panisch, wenn sie uns blau gekleidet sehen. Ich hab das beobachtet, selbst wenn sie bereit waren sich operieren zu lassen 'Wisst ihr was? Ich will nicht mehr! Ich habe Angst. Ich hab das Gefühl, dass ich sterben werde'.“ (P37)

Zusammenfassend erklärt sich dieser Widerstand anhand des Missverhältnisses zwischen angenommenem Risiko der OTB und angenommenem Risiko zahlreicher Schwangerschaften. Das medizinische Personal empfindet die OTB bzw. generell Operationen als primär unbedenklich. Häufige Schwangerschaften und Geburten gelten aber als Gesundheitsrisiko und verdeutlichen die Bedenken des medizinischen Personals.

Es zeigt sich eine Diskrepanz der Wahrnehmung. Häufig werden chirurgische Eingriffe von der lokalen Bevölkerung mit Komplikationen assoziiert, die in einem Gesundheitszentrum nicht behandelt werden können. Diese Konstellation hat sich durch den Bau des Regionalkrankenhauses etwas verändert. Durch diesen sind Operationen wie Kaiserschnitt und Tubenligatur geographisch näher in die lokale Realität gerückt. Dennoch führt dies dazu, dass die medizinische Versorgung der lokalen Bevölkerung nur dann in urbane Regionen bzw. Referenzeinrichtungen verlagert wird, wenn es sich um teilweise sehr kritische Situationen handelt. Leider erzeugt dies eine Kumulation von letalen Verläufen in Referenzkrankenhäusern und einer Assoziation dieser Verläufe mit Operationen seitens der lokalen Bevölkerung.

Eine Ärztin des Regionalkrankenhauses ist verärgert über den Widerstand der lokalen Bevölkerung.

„Es ist eine Beleidigung, wenn man ihnen nach zwei oder drei Kindern sagt, dass sie sich operieren lassen sollen. Man sollte ihnen sagen, dass es ab diesem Kind nicht mehr weiter geht [...] nach dem 3. Kind ist Schluss. Eins, zwei, drei und dann werden sie operiert oder sie werden obligatorisch operiert. Es ist auch ein Verbrechen, meine ich, seine Kinder nicht zur Schule zu schicken. Das ist ein Verbrechen gegen die Rechte der Kinder.“ (P.31.1)

Ähnlich wie im Kontext des DIU bereits herausgearbeitet, nimmt diese Informantin keinen klassischen „*unmet need*“ wahr. In ihren Augen sei die lokale Bevölkerung selbst für Familienplanung, Empfängnisverhütung und darüber hinaus, ihre Gesundheitsversorgung und die Armutssituation verantwortlich. Die Entscheidung gegen die Sterilisation wird moralisiert. Es ist verwerflich seine Kinder hungern zu lassen oder nicht in die Schule zu schicken. Das Bestreben eine OTB durchzuführen („*sie werden obligatorisch operiert*“), wird versucht durch das Recht auf Bildung zu legitimieren. Diese Argumentationsweise muss im Kontext von Normen und Werten betrachtet werden. Sie zeigt aber auch, dass andere soziale Determinanten nicht miteinbezogen werden. Dass die Anzahl der Kinder – an anderer Stelle Überbevölkerung – verantwortlich für die lokale Armut innerhalb der Region ist, ist eine verbreitete Argumentation des medizinischen Personals. Die OTB verkörpert demnach auch ein Instrument zur praktischen Umsetzung der eigenen Normen und Werte.

Ein „*unmet need*“ existiert weiterhin und die Qualität der Schulbildung in ländlichen Regionen weist große Mängel auf, wobei die bestehende Armut dazu führt, dass die wenigsten von ihrer Schulbildung tatsächlich profitieren. Es zeigt sich somit, dass der Wechsel der Argumentation auf eine moralische Ebene zu unverhältnismäßigen Schuldzuweisungen führt (Sutton 2005: 7-8), die bei genauerer Betrachtung der lokalen Realität zunächst keine zufriedenstellende Erklärung der Wahrnehmung des medizinischen Personals liefern können.

Zusammenfassend kann über DIU und OTB gesagt werden, dass es sich um moderne Verhütungsmethoden handelt, die sich in der Fachliteratur im Hinblick auf Effektivität, Sicherheit und Kosten besonders auszeichnen und demnach eine breite Anwendungsempfehlung erfahren (u.a. Grimes et al. 2002, Muthal-Rathore A. 2010, Jacobstein et al. 2013, Singh und Darroch 2012). Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass es teilweise große Unterschiede bezüglich der Prävalenz beider Methoden gibt (u.a. UNFPA 2012, d'Arcangues 2007), sodass die Betrachtung der epidemiologischen Daten einer Kontextualisierung auf Boden nationaler Gesundheitsprogramme und der Umsetzung in der lokalen Realität bedarf. Hierbei zeigt sich, dass Strategien entwickelt werden, um die Prävalenz einzelner Verhütungsmethoden zu steigern. Diese Strategien spiegeln die hierarchischen und patriarchalen Verhältnisse innerhalb der medizinischen Versorgung wider. Sie sind beispielhaft für die institutionelle Gewalt, die der lokalen Bevölkerung widerfährt. Ähnlich wie die obligate Verwendung des DIU, wird auch die OTB zur Barriere zwischen lokaler Bevölkerung und institutioneller Medizin. Wobei die

Entstehung dieses Verhältnisses, aber auch des Widerstands im Kontext divergenter Werte und Normen verstanden werden muss. Die häufig präsente Resignation der lokalen Bevölkerung gegenüber angewandten Strategien hingegen spiegelt die Alternativlosigkeit der lokalen Realität wider.

Bevor ich eine allgemeine Aussage in Form einer Definition von Interkultureller Medizin treffen werde, möchte ich eine Erkenntnis der Forschung präsentieren, die mir abschließend dazu dienen wird, die Möglichkeiten und Grenzen Interkultureller Medizin zu verdeutlichen. Es handelt sich um das Thema „Angst“, welches sich erst im Verlauf der Forschung als nicht vorhergesehenes aber sehr relevantes Thema herausgestellt hat, und für die Verdichtung des empirischen Materials und ein fundiertes Verständnis der thematischen Schwerpunkte wichtig ist.

7.4 Die Rolle der Angst

Die Thematik „Angst“, in ihrer Rolle als handlungsbestimmendes Moment, ist mir während meiner Forschung in der Sierra de Totonacapan sehr häufig begegnet. Von unterschiedlichen Akteur_innen werden verschiedene Ängste geäußert. Die Analyse solcher Ängste hilft Handlungsweisen und Meinungsbildung zu verstehen. Beispielsweise die Angst der Patient_innen, nach Poza Rica oder Papantla überwiesen zu werden. In diesem spezifischen Beispiel ermöglicht die Analyse der Angst vor der Überweisung einen Einblick in die Hintergründe des Verhaltens der lokalen Bevölkerung.

Tatsächlich ist zu unterscheiden, ob ein_e Akteur_in selbst über seine/ihre Ängste spricht oder von Außenstehenden über ihn/sie geurteilt wird. In einem semi-strukturierten Interview beschreibt ein Bewohner des Gemeindebezirks Filomeno Mata, der als Dolmetscher im Gesundheitszentrum tätig ist, das Verhalten der dortigen traditionellen Hebammen und assoziiert dieses mit angenommenen Ängsten.

„Ich glaube, dass die Hebammen, die ihre Patientinnen am Ende nicht selbst entbinden, Angst haben. Sie wollen sich nicht so sehr verpflichten. Sie betreuen nur die einfachsten Sachen. Es hängt aber auch von den Frauen ab. Es gibt Frauen, die schnell gebären und es gibt andere, die Probleme haben, es fällt ihnen schwer Kinder zu gebären. Die Hebamme

hat es dann schwerer, sie bekommen Angst und schon sind sie unmotiviert und dann schicken sie sie ins Krankenhaus.“ (P20.2)

An anderer Stelle wurde die Überweisungstendenz der traditionellen Hebammen bereits thematisiert und stellte sich als wegweisend für das Verhalten der lokalen Bevölkerung heraus. Befragt man die traditionellen Hebammen der Region, wird häufig geschildert, dass die Überweisung an eine medizinische Einrichtung es ihnen ermöglicht Komplikationen aus dem Weg zu gehen und ihren Ängsten entgegen zu wirken.

Während der gesamten Forschung wurden vom medizinischen Personal Ängste in Bezug auf die Müttersterblichkeit geäußert. In diesem Kontext wird häufig die Angst vor medizinischem Fehlverhalten oder Versäumnissen artikuliert. Eine Ärztin des Regionalkrankenhauses gibt beispielsweise an:

„[...] wenn sie eine [Tote] finden, die schwanger gewesen ist und vorher ist sie in Entabladero gewesen, 'Wer hat das hier ausgefüllt?' werden sie dann fragen. Schon wissen sie es und beginnen nachzufragen. Alles wegen einer Kleinigkeit, nur weil ich mit der Toten zu tun gehabt habe und sie schwanger oder im Wochenbett gewesen ist [...]. Sie bestrafen dich! Ich weiß nicht, aber sie fragen: 'Und, was haben sie gemacht?'. Aber in dem Moment, in dem sie aufgetaucht ist, hast du nicht gedacht, was passiert, wenn du dies machst. Danach denkst du darüber nach: 'Es wäre besser gewesen hätte ich nicht dies gemacht oder an Stelle von diesem hätte ich besser jenes gemacht.' [...] Sie analysieren dich, ich glaube es ist didaktisch gemeint [...] bei den zwei Toten sind sie sofort aus Mexiko [Stadt] gekommen, also auf nationaler Ebene. Sie sind nach Poza Rica gegangen und da war dann der Direktor und alle Gynäkologen und alle haben die Akten und analysieren [...].“ (P31.3)

Die Aufarbeitung letaler Verläufe wird vom medizinischen Personal als besonders unangenehm empfunden und ist mit Ängsten verbunden, die Handlungsweisen und Meinungsbildungen hervorbringen. Hierzu zählen beispielsweise die Episiotomieroutine, Kaiserschnitte ohne eindeutige medizinische Indikation, Überweisungen an Referenzkrankenhäuser, die forcierte Empfängnisverhütung, aber auch die rigide Meinung gegenüber traditionellen Hebammen. Diese Aspekte müssen nicht nur im Sinne einer Biomedikalisierung der Müttergesundheit, sondern auch im Kontext der

deutlich zunehmenden lokalen, nationalen und globalen Aufmerksamkeit bezüglich der Müttersterblichkeit verstanden werden.

Eine Krankenschwester aus Coyutla beschreibt während einem Treffen mit traditionellen Hebammen des Gemeindebezirks, wie sie die Veränderungen der vergangenen Jahre empfunden hat:

„Alle passen auf sich auf, damit es keine Müttersterblichkeit mehr gibt. Es gibt sogar Personen, die in fruchtbarem Alter verstorben sind und sie schicken uns jemanden um herauszufinden, ob sie nicht schwanger gewesen ist. Was wenn es ein Problem gewesen wäre, dass mit der Schwangerschaft assoziiert gewesen ist. Vorher haben sie gesagt: 'Okay, sie ist gestorben.' und dann war es gut so, aber jetzt nicht mehr! 'Warum ist ihr Blutdruck angestiegen? Warum ist sie schwanger gewesen? Wie lange ist sie schwanger gewesen? Bis mehr oder weniger ein Jahr, nachdem das Kind geboren ist muss man aufpassen. Sie verknüpfen es wirklich mit der Müttersterblichkeit. Es ist schwieriger! Solche Probleme wollen wir nicht!'“
(P68)

Selbstverständlich steht zunächst die Gesundheit der schwangeren Patientin im Vordergrund, gleichzeitig lassen jedoch diverse Beobachtungen einen Rückschluss auf die Angst vor rechtlichen Konsequenzen zu. Als problematisch wird hierbei die häufig prekäre Lage empfunden, in der das medizinische Personal der Region sich befindet. Quantitativ und qualitativ mangelhafte medizinische Versorgung verbunden mit einer in Armut lebenden Bevölkerung machen Komplikationen und Müttersterblichkeit in den Augen des medizinischen Personals zu einem realen und realistischen Problem. Die US-amerikanische Anthropologin Smith Oka beschreibt die Konstruktion der „Risiko-schwangerschaft“ auf allen Ebenen der medizinischen Versorgung schwangerer Frauen in öffentlichen mexikanischen Krankenhäusern (Smith Oka 2012). Auch in den mexikanischen Printmedien wird dieses Bild vermittelt (Menéndez und Di Pardo 2009).

Da die Rolle der Angst häufig artikuliert wurde, habe ich in den von mir am Ende der Forschung durchgeführten strukturierten Interviews die Frage *„Hat die Müttersterblichkeit Ängste oder Unsicherheit beim medizinischen Personal / den traditionellen Hebammen / den Patientinnen hervorgerufen?“* aufgenommen. Diese strukturierten Interviews wurden ausschließlich mit dem medizinischen Personal der drei untersuchten medizinischen Einrichtungen durchgeführt. Während die befragten

Informant_innen angeben, dass weder Patientinnen noch traditionelle Hebammen Angst vor der Müttersterblichkeit haben, da sie nicht im Sinne des medizinischen Personals handeln, wird vor allem von Ärzten und Ärztinnen die Angst vor rechtlichen Konsequenzen (z.B. Bloßstellungen, rechtliche Verfahren, Approbationsverlust etc.) bekundet. Eine Ärztin aus Coyutla antwortet beispielsweise:

„Als wir mit dem Programm der Prävention der Müttersterblichkeit begonnen haben, haben uns unsere Vorgesetzten gesagt, wenn uns eine Schwangere stirbt geht's ins Gefängnis. Du wirst deine Arbeit und deine Arbeitserlaubnis verlieren, darum ist unsere vorrangige Aufgabe die Betreuung der Schwangeren und vorzubeugen, dass sie stirbt. [...] Darum habe ich das Gefühl, dass man als Arzt Angst hat, dass einem eine Schwangere stirbt, [...]“ (P52.2)

Einige der Informant_innen negieren Ängste im Kontext der Müttersterblichkeit. Sie begründen dies durch die gestiegene Aufmerksamkeit für dieses medizinische und soziale Problem, aufgrund dessen sie Schulungen erhalten und im Zweifel ihre Patientinnen überweisen können. Nichtsdestotrotz spiegelt die Aussage der zitierten Ärztin einen Konsens wider, der einen Nebeneffekt der Gesundheitsprogramme zur Prävention der Müttersterblichkeit verdeutlicht. Außerdem wird diese Angst durch die inadäquaten Voraussetzungen, eine gute Versorgung zu gewährleisten, und die teils mangelhafte Aus- und Weiterbildung, wie sie vom medizinischen Personal selbst artikuliert und bezüglich des ländlichen, mexikanischen Kontextes auch in der Fachliteratur beschrieben wird (Barber 2006), provoziert. Gleichzeitig muss Angst aber auch als handlungsbestimmendes Moment für die beschriebene Biomedikalisierung angesehen werden.

Die Unsicherheit, die sich durch die gesteigerte Aufmerksamkeit auf die Müttersterblichkeit und den auf das Feld übertragenen gesundheitspolitischen Druck in reale Ängste transformiert hat, wird auch von lokalen traditionellen Hebammen wahrgenommen. Eine traditionelle Hebamme aus Filomeno Mata argumentiert:

„Die Ärzte haben Angst. Sie sind nicht sehr gut ausgebildet, auch wenn sie studieren, es ist nicht wie in der Stadt. In Mexiko [Stadt] zum Beispiel müssen sie mehr Fortbildungen machen. Es kommt jemand aus Deutschland oder irgendjemand, der sie ausbildet. Es ist anders, es ist sehr anders hier. Deswegen schicken sie viele der komplizierten Fälle nach Poza Rica

oder Papantla und nicht nach Entabladero, denn dort wollen sie nicht verantwortlich sein, wenn etwas passiert.“ (P82)

Im Kontext der Müttersterblichkeit präsentieren sich Gemeinsamkeiten beider Parteien. Beide fürchten Sanktionen durch höhere Instanzen. Es zeigt sich außerdem, dass auch traditionelle Hebammen die medizinische Versorgung in der Sierra de Totonacapan analysieren und ihre Beurteilung an ihre Patientinnen weitergeben. Gleichzeitig wird ihre Meinung beispielhaft bestätigt, prägt somit das Verhalten der lokalen Bevölkerung und erhält auf diese Weise die Angst vor Komplikationen und Müttersterblichkeit in medizinischen Einrichtungen der Region aufrecht.

8. Diskussion

Zu Beginn der Feldforschung bezog sich das Forschungsinteresse auf die *„Möglichkeiten und Grenzen eines Dialoges zwischen westlicher und traditioneller Medizin“*. Während der Forschung führte die zugrundeliegende Methodologie vornehmlich zur Erforschung von Aspekten in Bezug auf die Gesundheit von Müttern. Aus diesem Grund wurde das empirische Material in vier Themenblöcke unterteilt: 1. Ethnografische Annäherung an die Basisgesundheitsversorgung, 2. Traditionelle Hebammen und 3. Familienplanung und Empfängnisverhütung, 4. Die Rolle der Angst. Alle vier Themen sind essentieller Bestandteil der Gesundheit von Müttern. Gleichzeitig spielen sie eine zentrale Rolle, sowohl für das medizinische Personal als auch für die lokale Bevölkerung. Die abschließend zu klärenden Fragen lauten daher:

- 1. Welche kulturellen, sozialen, politischen und strukturellen Aspekte sind für die medizinische Versorgung von Schwangeren und Müttern, und somit für die Müttersterblichkeit, in der Sierra von Totonacapan relevant?**
- 2. Was kann das gesammelte empirische Material zu einer im medizinischen Kontext nützlichen Definition Interkultureller Medizin beitragen?**

Hierzu werde ich zwecks Beantwortung der ersten Leitfrage zunächst die Ergebnisse der vier Themenblöcke zusammenfassen, kritisch die zur Anwendung gekommene Methodologie hinterfragen, um dann, in Verbindung mit dem theoretischen Rahmen der Dissertation, eine allgemeine Aussage in Bezug auf die zweite Leitfrage treffen zu können. Abschließen werde ich mit einer allgemeinen Aussicht auf zu erwartende

Auswirkungen auf die „Gesundheit von Müttern“.

8.1 Zusammenfassung

Im Kapitel „Ethnografische Annäherung an die Basisgesundheitsversorgung“ habe ich unterschiedliche Barrieren zwischen der lokalen Bevölkerung der Sierra de Totonacapan, mit besonderem Fokus auf schwangere Frauen, und der (bio-)medizinischen Versorgung herausgearbeitet.

Bei meiner Ausarbeitung der Ergebnisse stehen in diesem Kapitel die Aussagen der Patientinnen denen des medizinischen Personals gegenüber. Die Ergebnisse dieses Kapitels sollen nun anhand der AAAQ-Kriterien der Vereinten Nationen evaluiert und auf diese Weise im Rahmen einer menschenrechtsbasierten Perspektive betrachtet werden. Das „UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights“ (CESCR) sieht das Recht auf Gesundheit realisiert, wenn folgenden Kriterien Rechnung getragen wird (CESCR 2000):

1. Availability: Medizinische Einrichtungen (Gesundheitszentren, Krankenhäuser, etc.), Ressourcen (Personal, Medikamente, Materialien, etc.), medizinische Versorgung und Gesundheitsprogramme sollten in ausreichender Quantität verfügbar sein.
2. Accessibility: Medizinische Einrichtungen, Ressourcen, medizinische Versorgung und Informationen müssen ohne Diskriminierung (finanziell, physisch, etc.) zugänglich sein.
3. Acceptability: Medizinische Einrichtungen, Ressourcen und medizinische Versorgung müssen die medizinische Ethik und die Kultur von Individuen, Minderheiten, Völkern und Gemeinschaften respektieren.
4. Quality: Medizinische Einrichtungen, Ressourcen und medizinische Versorgung müssen wissenschaftlichen und medizinischen Standards entsprechen und von guter Qualität sein.

Ich konnte zeigen, dass das medizinische Personal vor allem die Verfügbarkeit (Availability) als limitierenden Faktor der Basisgesundheitsversorgung ansieht. Besonders betont wird das Fehlen von Fachärzten, Medikamenten und Materialien zur Gewährleistung einer ausreichenden medizinischen Versorgung. Des Weiteren ist es für Teile der lokalen Bevölkerung nicht möglich, medizinische Einrichtungen aufzusuchen, da

sie mit einer hohen finanziellen Belastung verbunden sind²⁰⁰.

Seitens der lokalen Bevölkerung werden Diskriminierungen bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung akzentuiert, wodurch die Zugänglichkeit (Accessibility) der Gesundheitsdienste eingeschränkt ist²⁰¹. Sie sind somit nur theoretisch „verfügbar“, dabei ist der Zugang zu medizinischer Versorgung ohne Diskriminierung eines der fundamentalsten Rechte, wie bereits der erste Berichterstatter der Vereinten Nationen für das „Recht auf Gesundheit“, Paul Hunt betonte (Hunt und Backman 2008: 83). Der mexikanische Anthropologe Menéndez weist diesbezüglich auf die Vernachlässigung von Diskriminierungen und Rassismus in medizinischen Einrichtungen hin (Menéndez 2009). Sie sind Formen institutioneller Gewalt und Machtmissbrauch. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist grundsätzlich geprägt von einer vielschichtigen Asymmetrie (Siegrist 1982). Bezogen unter anderem auf die verschiedenen Wissensbestände zu und Perspektiven auf Krankheit, auf die Wahrnehmung des institutionellen Kontextes (Klinik als Arbeitsplatz oder als Ort, der nur im Krankheitsfall aufgesucht wird) und die essentiell unterschiedlichen sozialen Rollen des/der Expert_innen und Therapeut_innen gegenüber dem Kranken bzw. Angehörigen. Aus der Handlungserwartung an die medizinischen Expert_innen und ihrer Handlungsmöglichkeiten resultiert eine unvermeidbare Machtasymmetrie, die oft - wenngleich nicht immer und nicht notwendigerweise – verbunden ist mit einer starken sozialen Hierarchie zwischen ärztlichem Personal und Patient_innen. Hinzu kommt die oft bestehende Hierarchie innerhalb der Ärzteschaft und gegenüber anderen medizinischen Professionen. Dies wird durch ausgeprägte soziale Hierarchien im gesellschaftlichen Kontext – wie etwa in der Sierra de Totonacapan – verstärkt und führt zu in besonderem Maße patriarchal und hierarchisch orientierten Umgangsformen.

Es wird von Patientinnen reklamiert, dass seitens des medizinischen Personals eine „negative Einstellung“ vorherrsche. Darüber hinaus wird der Zugang zu medizinischer Versorgung durch die vorhandene Sprachbarriere erschwert. Der mexikanische Anthropologe Figueroa Saavedra betont, dass die Ignoranz gegenüber dieser Barriere juristisch sehr bedenklich ist (Figueroa Saavedra 2009). Während die lokale Bevölkerung sich aufgrund ihrer Sprache diskriminiert fühlt, was auf ein strukturelles Problem verweist, dem mit Maßnahmen wie der Förderung multilingualen Personals oder der Einführung und Inanspruchnahme von geschulten Dolmetschern begegnet werden könnte, wird diese Barriere vom medizinischen Personal eher als kulturell interpretiert (Acceptability). Das medizinische Personal tendiert dabei häufig dazu, Kultur als

200 Vgl. Thaddeus und Maine (1994)

201 Vgl. Roost et al. (2004) für Guatemala

Problem zu deklarieren. Medizinische Probleme, beispielsweise das lange Abwarten vor dem ersten Arztkontakt im Schwangerschaftsfall, werden kulturalisiert (Verwey 2003, Holmes 2012, Knipper 2014), obwohl bei genauerer Betrachtung eher sozioökonomische Aspekte ursächlich sind. Die Forderung, die medizinische Versorgung solle sich an *die* Kultur der lokalen Bevölkerung anpassen, wird von Patient_innen nicht ausgesprochen. Betrachtet man die Basisgesundheitsversorgung aus einer ethischen Perspektive, fallen vor allem Obligationen (z.B. der DIU) auf, die teilweise ohne adäquate Aufklärung durchgeführt werden. Dieser Aspekt ist eng mit der Qualität der Basisgesundheitsversorgung verbunden (Quality). Obligate Empfängnisverhütung, Episiotomie, Oxytocinjektionen und die hohe Kaiserschnitttrate werden in der Fachliteratur negativ bewertet (u.a. WHO 1985, Chalmers 1992, Lede et al. 1996: 1400, Carroli G 1999, Hartmann et al. 2005: 2144-2146, Arranque Parejo en la Vida und Population Council 2009) und sind Beispiele für die Biomedikalisierung der „Gesundheit von Müttern“ (Johanson et al. 2002), während soziokulturelle Aspekte vernachlässigt werden. Außerdem verursachen sie Angst vor der medizinischen Versorgung. Biomedikalisierung führt nicht zur Reduktion der MMR und darf daher nicht mit SBA verwechselt werden (Miller et al. 2003). Es mangelt an einer guten Ausbildung des medizinischen Personals, das aufgrund des Personalmangels häufig Aufgaben erfüllen muss, für die es nicht ausreichend geschult wurde. Die gleiche Kritik äußerte bereits der US-amerikanische Mediziner und Anthropologe Holms in seiner Publikation über die medizinische Versorgung mexikanischer Migranten in den USA (Holmes 2012).

Es ist zu erkennen, dass die Probleme der Basisgesundheitsversorgung unterschiedlicher Natur sind. Es fehlt an Medikamenten, Materialien, geschultem Personal und finanziellen Mitteln. Neben diesen strukturellen Problemen ist der Umgang mit Patient_innen und die sozioökonomische Situation der Patient_innen besonders hervorzuheben. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist durch Diskriminierungen und ein offensichtliches Hierarchiegefüge geprägt, das die Vormundschaft des medizinischen Personals gegenüber der lokalen Bevölkerung kultiviert. Gemäß der AAAQ-Kriterien der UN weist die Realisierung des Rechts auf Gesundheit folglich deutliche Mängel auf²⁰².

Im Kapitel „Traditionelle Hebammen“ sind verschiedene Aspekte herausgearbeitet worden. Es zeigt sich zunächst, dass die Beschreibung „traditionell“ kritisch zu

202 Vgl. Amnesty International (2009) für Peru

betrachten ist, da sie zu Stereotypisierungen neigt²⁰³, wobei, wie ich eingangs zeigen konnte, ein essentialistischer Kulturbegriff zur Anwendung kommt. Dieser Kulturbegriff kann der Dynamik der lokalen Realität nicht gerecht werden.

Die Beschreibung „traditionell“ wird vom medizinischen Personal als dichotomes Unterscheidungsmerkmal zwischen Fremd und Eigen (biomedizinisch) verwendet. Wobei der Unterscheidung eine hierarchische Struktur zu unterstellen ist, die sich an kulturellen Symbolen – der traditionellen Hebamme – orientiert und diese ausgehend von scheinbar fortschrittlicher westlicher Praxis und Werten differenziert. Wobei „westlich“ im Sinne von Macht, normativem Pol und Hegemonie zu interpretieren ist (Jullien 2017: 28).

In der Fachliteratur ist die Arbeit traditioneller Hebammen und die Auswirkungen von gezielten Schulungen zur Reduktion der MMR widersprüchlich (u.a. Castañeda Camey et al. 1996, Jenkins 2003, Duarte Gomez et al. 2004, Jokhio 2005, Díaz Gois 2010, Ramírez Hita 2011: 106-107). Hierfür verantwortlich sind u.a. unterschiedliche Studiendesigns und Rahmenbedingungen.

Zur differenzierten Betrachtung der lokalen Realität wurden von mir drei Leitfragen bearbeitet:

1. Warum werden traditionelle Hebammen aufgesucht?
2. Wie hat sich die Hebammentätigkeit verändert?
3. Wie wird die Hebammentätigkeit bewertet?

Die Bearbeitung dieser Leitfragen ergab unterschiedliche Spannungsfelder. Das medizinische Personal betrachtet traditionelle Hebammen als „*Brauch*“, „*Sitte*“ oder „*Gewohnheit*“, die in der lokalen Kultur „*verwurzelt*“ sind. Es wird die Vermutung geäußert, dass das Vertrauensverhältnis zwischen traditionellen Hebammen der lokalen Bevölkerung auf einer gemeinsamen Kultur aufbaut. Im Umkehrschluss wird das Vertrauensverhältnis zwischen medizinischem Personal und Patientinnen aufgrund kultureller Unterschiede als schwierig wahrgenommen. Gleichzeitig wird der lokalen Bevölkerung ein fatalistisches Risikobewusstsein zugesprochen. Neben einigen anderen, wie beispielsweise der finanziellen Situation vieler Familien, werden diese beiden Aspekte besonders hervorgehoben, wenn es darum geht, das Verhalten der

203 Vgl. Knipper (2007 und 2000/2001)

lokalen Bevölkerung zu beschreiben. In der Fachliteratur werden beide Aspekte ebenfalls genannt (u.a. Roost et al. 2004, Titaley et al. 2010). Sie müssen im Kontext der sozialen Determinanten von Gesundheit betrachtet werden.

Die Meinung des medizinischen Personals bezüglich traditioneller Hebammen ist ambivalent. Auf der einen Seite werden traditionelle Hebammen als Barriere und Risiko interpretiert. Auf der anderen Seite stellen sie eine wichtige Verbindung zur lokalen Bevölkerung dar, sodass ein Vertrauensverhältnis zu ihnen unabdingbar erscheint. Aus Sicht des medizinischen Personals muss diesem Problem mit Schulungen, Überwachung, Verbot und Strafe begegnet werden. Die Konsequenz dieser Maßnahmen ist eine fortschreitende Biomedikalisierung von Geburt und Schwangerschaft, die sich besonders in einer Zunahme der Überweisungen ausdrückt. In einer Publikation über traditionelle Hebammen in Costa Rica wird ein ähnliches Vorgehen dargestellt. Dort führte die fortschreitende Biomedikalisierung zu einem gezielten Untergang der traditionellen Hebammen innerhalb der Gemeinde. Diese Veränderung innerhalb der lokalen Realität fielen auch die mit der Hebammentätigkeit assoziierten Werte und das Verständnis einer gesunden, sicheren und natürlichen Geburt zum Opfer. Resultat war somit die Zerstörung der Verbindung zwischen lokaler Bevölkerung und dem was Jenkins gemeinhin als „*safe birth*“ bezeichnet (Jenkins 2003).

Bei der lokalen Bevölkerung stehen vorschnelle Überweisungen in der Kritik, weil sie hohe Kosten verursachen und sie zu einer biomedizinisch geprägten Entbindung benötigen. Besondere Angst wird gegenüber unnötigen Operationen geäußert. Diese Angst ist in der Fachliteratur bereits beschrieben (Roost et al. 2004) und, mit Hinblick auf mögliche Komplikationen und assoziierte Folgeeingriffe, insbesondere Kaiserschnitt und Tubenligatur, als begründet anzusehen (u.a. Puentes Rosas et al. 2004, Souza et al. 2010). Hierin besteht ein Spannungsfeld, dem traditionelle Hebammen begegnen. Sie müssen die Vertrauensbasis zur lokalen Bevölkerung aufrechterhalten, gleichzeitig aber den Forderungen des medizinischen Personals nachkommen.

Die Aussagen von traditionellen Hebammen und der lokalen Bevölkerung, lassen darauf schließen, dass eine Ambivalenz bezüglich der Biomedikalisierung von Schwangerschaft und Geburt vorherrscht. Auf der einen Seite wird eine möglichst „*normale Geburt*“ angestrebt. Auf der anderen Seite greifen viele Hebammen Aspekte der Biomedizin auf und integrieren sie in die Hebammentätigkeit. Dieses Phänomen ist in der Fachliteratur bekannt und lässt eine kritische Betrachtung von als „traditionell“

bezeichneten Zuschreibungen und Bewertungen zu (Blendsoe und Goubaud 1985, Alarcón M. et al. 2003).

Abschließend habe ich zeigen können, dass traditionelle Hebammen aus unterschiedlichen Beweggründen von der lokalen Bevölkerung aufgesucht werden. Die Rolle traditioneller Hebammen in der lokalen Realität überschreitet die biomedizinische Perspektive auf Schwangerschaft und Geburt deutlich, z.B. durch eine spirituelle Dimension, und kann ohne eine kulturelle Ebene nicht ausreichend erklärt werden. Für Außenstehende ist es jedoch häufig schwierig die Dynamik der lokalen Kultur zu begreifen und das selbst Wahrgenommene ins eigene Weltbild zu integrieren (Knipper 2014).

Bezüglich der Themen Empfängnisverhütung und Familienplanung habe ich zu Anfang den Nutzen moderner Verhütungsmethoden für die Gesundheit von Müttern herausgearbeitet (u.a. Cleland et al. 2006, Cates jr. et al. 2010). Die Fachliteratur zeigt, dass die Verwendung moderner Verhütungsmethoden weiterhin ausbaufähig ist. Der in diesem Kontext beschriebene „*unmet need for family planning*“ (WHO 2013b) betrifft besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen, z.B. Teile der indigenen Bevölkerung. Unterschiedliche Gründe (Kosten, Glaube, soziale Lage, Entfernung zu medizinischen Einrichtungen, etc.) werden für diesen Umstand verantwortlich gemacht.

Das medizinische Personal zieht vor allem „*Sitten und Bräuche*“ und den „*Machismo*“ zur Rechenschaft. Erneut haben wir es mit einem essentialistischen Kulturbegriff zu tun. Der „*unmet need*“ wird kulturalisiert.

Es wird beklagt, dass Gesundheitsprogramme mit den Zielen Empfängnisverhütung und Familienplanung auf freiwilliger Basis stattfinden. Beiläufig wird auch die Sprachbarriere zwischen medizinischem Personal und der lokalen Bevölkerung als problematisch interpretiert²⁰⁴.

Erneut haben wir es mit einem Unterscheidungsmerkmal zwischen Fremd und Eigen zu tun: die Anzahl der Kinder. Der vom medizinischen Personal häufig verwendete und einem mexikanischen Familienplanungsprogramm entnommene Slogan „*La familia pequeña vive mejor*“ (Gutmann 2009: 114) wird zur Rechtfertigung der eigenen Wertevorstellungen herangezogen.

Besonderen Wert habe ich auf die differenzierte Betrachtung der beiden modernen Verhütungsmethoden dispositivo intrauterino (DIU) und oclusión tubaria bilateral (OTB)

204 Vgl. Bongaarts und Bruce (1995), Collumbien et al. (2004)

gelegt. Die Verwendung des DIU ist weit verbreitet (Ali et al. 2011). Im Fokus steht die postpartale Implantation (Grimes et al. 2002, d'Arcangues 2007) für die eine allgemeine Empfehlung, vor allem in Entwicklungsländern seitens der WHO besteht (Muthal Rathore 2010).

Vom medizinischen Personal wird die Implantation des DIU als obligate „Krankenhausvorschrift“ von Patientinnen, die im Regionalkrankenhaus entbinden, gefordert. Wobei diese Praxis unterschiedlich bewertet wird. Ein Teil des medizinischen Personals beschreibt eine ablehnende Haltung. Ein anderer Teil nimmt den DIU als von der lokalen Bevölkerung akzeptiert wahr. Bei genauerem Nachfragen zeigt sich, dass es sich um ein sehr vulnerables Thema handelt.

Es muss davon abgesehen werden, den Umgang mit dem DIU als individuelle Entscheidung zu interpretieren. Seine Prävalenz muss im Rahmen gesundheitspolitischer Entscheidungen evaluiert werden (u.a. Castro 2004, Ali et al. 2011: 31, Ramírez Hita 2011: 114).

Abschließend kann mit großer Sicherheit gesagt werden, dass die im Regionalkrankenhaus etablierten Strategien zur Umsetzung der „Krankenhausvorschrift“ ein Beweggrund vieler schwangerer Frauen sind, medizinische Einrichtungen zum Zeitpunkt der Geburt zu meiden und stattdessen eine traditionelle Hebamme aufzusuchen.

Die OTB ist die am weitesten verbreitete moderne Verhütungsmethode Mexikos (UNFPA 2012). In der Fachliteratur gilt sie als sicher (Jacobstein et al. 2013) und kostengünstig (Singh und Darroch 2012). Vom medizinischen Personal wird die Möglichkeit die Produktivität des Regionalkrankenhauses zu steigern, die MMR zu reduzieren und das Bevölkerungswachstum zu kontrollieren, betont.

Die lokale Bevölkerung bewertet sie als negativ²⁰⁵. Sowohl Beobachtungen als auch Informantenaussagen zeigen, dass die Thematik häufig die Beziehung zwischen Schwangeren und medizinischem Personal bestimmt. Die Umsetzung einer OTB wird sehr oft gefordert und teilweise erzwungen. Häufig kommt dies während Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen oder im Kreißsaal vor²⁰⁶. Diskussionen um die OTB werden moralisiert („*La familia pequeña vive mejor*“). Sowohl DIU als auch OTB sind als gewaltsame Instrumente zur Machtdemonstration und praktischen Umsetzung eigener Werte und Normen zu sehen. Während von mir Mängel bei der Aufklärung und verwerfliche Überzeugungsstrategien beobachtet wurden, berichten Quellen in der Fachliteratur und Teile der lokalen Bevölkerung von erzwungenen Sterilisationen (u.a.

205 Vgl. de Hunter Bessa (2006) für Brasilien und Jacobstein (2013) für Malawi

206 Vgl. Villegas Poljak (2009) für Brasilien

Villegas Poljak 2009, Menéndez 2009, OSF 2011). Eine Verbindung zwischen Kaiserschnitt und OTB konnte sowohl innerhalb der lokalen Realität als auch in der Fachliteratur ermittelt werden (u.a. Castro 2004, Menéndez 2009).

Da Operationen von der lokalen Bevölkerung als besonders großes Risiko wahrgenommen werden, diese Interpretation beruht u.a. auf der Konzentration von Komplikationen in Regional- und Referenzkrankenhäusern, sind der Kaiserschnitt und die damit verbundene OTB für viele ein weiterer Grund, medizinische Einrichtungen zu meiden.

Der Ergebnisteil wird durch die Rolle der Angst im Kontext der Gesundheit von Müttern bzw. gegenüber der Müttersterblichkeit abgeschlossen. Während der Feldforschung kam es gehäuft zur Artikulation unterschiedlicher Ängste. Anhand des empirischen Materials konnte ich zeigen, dass vor allem das medizinische Personal, allen voran Ärzte und Ärztinnen, Angst vor rechtlichen Konsequenzen hat, wenn eine von ihnen behandelte Patientin im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett verstirbt. Diese Angst wird, durch äußere Umstände (u.a. Armut, kulturelle Barrieren, Qualität der medizinischen Versorgung) verstärkt, zu einem handlungsbestimmenden Antrieb etwaiger Biomedikalisierungsprozesse (u.a. Hebemmenschulungen, Episiotomie, Empfängnisverhütung).

Ich möchte nun in Kürze das methodologische Vorgehen rekapitulieren. Die Feldforschung wurde anfänglich mit dem Arbeitstitel *„Möglichkeiten und Grenzen eines Dialoges zwischen traditioneller und westlicher Medizin: Interkulturelle Medizin in der Sierra de Totonacapan in Veracruz, Mexiko“* durchgeführt. Dieser Arbeitstitel wurde nach kurzer Zeit verworfen. Dieses Vorgehen muss im Rahmen der zugrundeliegenden Methodologie interpretiert werden. Zum einen ergab sich das direkte Nachfragen (z.B. „Was verstehen sie unter dem Begriff Kultur?“ oder „Kennen sie das Konzept Interkulturelle Medizin?“) als methodologisch ungünstig. Zum anderen ergaben sich thematische Schwerpunkte (Müttersterblichkeit, traditionelle Hebammen, Empfängnisverhütung und Familienplanung, Angst), die viel eher in der Lage waren, Probleme der lokalen Realität in Bezug auf die medizinische Versorgung zu offenbaren. Mit zunehmender Verdichtung dieser Themen ergab sich die Möglichkeit, soziale, politische, strukturelle und kulturelle Aspekte zu differenzieren. Auf diesem Weg präsentierten sich reale kulturelle Barrieren und in der Folge *„Möglichkeiten und Grenzen Interkultureller Medizin“*.

Aufgrund der teilweise heterogenen Konstitution des Einzugsgebiets wäre es erstre-

benswert gewesen, neben Coyutla und Filomeno Mata noch weitere Gemeindebezirke der Region zu fokussieren. Die zeitliche Begrenzung und die Art der methodischen Datengewinnung begründet dieses Vorgehen.

Gleichzeitig muss eingeräumt werden, dass von mir außerhalb medizinischer Einrichtungen fast ausschließlich weibliche Personen befragt wurden. Für eine umfassende Perspektive auf die Gesundheit von Müttern und kulturelle Barrieren im medizinischen Kontext muss auch die männliche Bevölkerung der Region berücksichtigt werden. Es fällt auf, dass deutlich mehr Interviews geführt als im Ergebnisteil verwendet wurden. Teilweise entstammen mehrere Zitate zu einem Thema einem Interview. Die Selektion basiert in diesen Fällen auf der Aussagekraft und Güte des Zitats. Häufig ist es Informant_innen schwergefallen, pränante und für Außenstehende nachvollziehbare Antworten zu formulieren. Ihre Aussagen wurden zwar bei der Ausarbeitung und Auswahl neuer Fragen, Kategorien und Schwerpunkte berücksichtigt und sind innerhalb der Interpretation des empirischen Materials berücksichtigt, dies ist aber im Ergebnisteil nicht sichtbar. Diesbezüglich ist der Analyseprozess nur eingeschränkt nachvollziehbar. Die abschließend geführten strukturierten Interviews beispielsweise dienten einzig der Validitätsprüfung. Neue Erkenntnisse konnten durch sie nicht gewonnen werden.

Interviews mit traditionellen Hebammen, teilweise auch mit der lokalen Bevölkerung, waren vorurteilsbehaftet. Seit langem werden traditionelle Hebammen vom medizinischen Personal über ihre Arbeit in den Gemeinden befragt, sodass häufig Antworten auf Erfahrungen aus vorangegangenen Interaktionen beruhen. Da das medizinische Personal traditionellen Hebammen beispielsweise verbietet „Kräuter“ zu verwenden, waren diese im Interview sehr darauf bedacht zu versichern, dass sie dieser Forderung nachkommen. Generell wurde gelegentlich der Eindruck vermittelt, dass befragte traditionelle Hebammen nervös wurden, weil sie die Interviewsituation als „Abfrage“ missverstanden und dementsprechend gemäß der Hebammenschulungen antworteten.

Außerdem habe ich von einer Differenzierung auf Basis sprachlicher, kultureller oder ethnischer Kategorien abgesehen, sodass beispielsweise Aussagen über „die“ indigene oder mestizische Bevölkerung der Region nicht möglich sind. Zusätzlich habe ich die meiste Zeit der Feldforschung in medizinischen Einrichtungen verbracht, sodass meine Ergebnisse explizit keine spezifischen Aussagen über *die* Kultur der lokalen Bevölkerung zulassen. Generell müssen die Ergebnisse meiner Forschung im Kontext der

lokalen Realität betrachtet werden und sind daher stark an Ort und Zeit der Feldforschung gebunden. Allgemeine Aussagen über andere indigene Völker auf der Basis des verwendeten empirischen Materials sind daher nur sehr eingeschränkt möglich.

8.2 Was kann das gesammelte empirische Material zu einer im medizinischen Kontext nützlichen Definition Interkultureller Medizin beitragen?

Ich habe am Anfang meiner Dissertation zeigen können, dass es Schwierigkeiten gibt, eine einheitliche und obendrein praktikable Definition Interkultureller Medizin zu finden (Menéndez 2006: 51, Salaverry 2010: 81), sodass in Einzelfällen hinterfragt wird, ob dieses Konzept bzw. dieser Begriff weiterhin in der institutionellen Medizin zur Anwendung kommen sollte (Ramírez Hita 2011: 106).

Kultur und die Begegnung unterschiedlicher Kulturen spielen im medizinischen Kontext häufig eine Rolle (Kleinman und Benson 2006: 1673). Gleichzeitig muss Interkulturelle Medizin auf der Grundlage der Menschenrechte betrachtet werden. Interkulturelle Medizin dient demnach dem Recht indigener Völker und ethnischer Minderheiten traditionelle Medizin zu erhalten und weiter zu entwickeln und das Recht auf Gesundheit. Das Konzept dient demnach als Instrument zur Realisierung der Menschenrechte (Torri 2010, Anderson 2011)²⁰⁷. Betrachtet man Kultur als Menschenrecht, kann man diesem nur dann gerecht werden, wenn das Verständnis des Kulturbegriffs an seine reale Existenz adaptiert wird. Erachtet man Kultur als relevant im medizinischen Kontext, kann das Menschenrecht auf Gesundheit nur realisiert werden, wenn auch diesem Aspekt die nötige Aufmerksamkeit geschenkt wird. Es gilt daher zwei Aspekte zu beachten. Zum einen, welcher Kulturbegriff kommt zur Anwendung? Zum anderen, welche Aspekte von Kultur werden betrachtet? Sehr häufig zeigt sich, dass das medizinische Personal eine essentialistische Sicht auf das kulturell Fremde hat. Der US-amerikanische Anthropologe Kleinman erklärt, dass die synonyme Verwendung von Kultur, Sprache, Ethnizität und Nationalität, wie sie im medizinischen Kontext häufig zur Anwendung kommt, zu „*gefährlichen Stereotypisierungen*“ führt (Kleinman und Benson 2006: 1673). Man kann sagen, dass die synonyme und unreflektierte Verwendung der Begriffe zu einer Essentialisierung der ethnischen Zugehörigkeit und damit folglich zu manifesten Rassismen in der Medizin führt. Die meisten Programme und Projekte im Kontext Interkultureller Medizin fokussieren den sichtbaren Ausdruck von Traditionen

207 Vgl. Fernández Juárez (2010)

(Castañeda 2010: 111). Nicht zuletzt aus diesem Grund²⁰⁸ befasst sich ein großer Teil dieser mit Faktenwissen über traditionelle Heiler_innen und deren Medizin (Menéndez 2006: 51-52). Eine über die materielle Dimension von Kultur hinausgehende Perspektive wird hingegen häufig vernachlässigt oder aus Angst vor der Konfrontation mit dem Fremden vermieden. Kulturelles Faktenwissen produziert jedoch Ethnozentrismus und begünstigt Diskriminierung (Jenks 2011). Eben genau hierin bestehen Ambivalenz und Herausforderung Interkultureller Medizin.

Primäres Ziel Interkultureller Medizin muss es daher sein, einen realitätsnahen Kulturbegriff im medizinischen Kontext zu etablieren. Zur Vermittlung des Kulturbegriffs können beispielsweise als fremd beschriebene kulturelle Symbole nützlich sein. Eine differenzierte Betrachtung traditioneller Hebammen kann somit als Argument sowohl für ein nicht zu objektivierendes Repertoire an Denk- und Handlungsmodellen, Wahrnehmungen und moralischen Werten (Wimmer 1996: 407-408), als auch für die kontinuierliche Veränderung des Fremden angesehen werden.

Meine Forschung in der Sierra de Totonacapan hat ergeben, dass das medizinische Personal dazu tendiert, Probleme in der Region zu kulturalisieren. Ich konnte jedoch zeigen, dass viele der Probleme, denen das medizinische Personal begegnet politischer, sozialer oder struktureller Natur sind. Besonders auffällig ist, dass gerade Individuen oder Bevölkerungsgruppen für solche Probleme zur Verantwortung gezogen werden, die von diesen zumeist sozial determinierten Problemen betroffen sind²⁰⁹.

Der amerikanische Soziologe Ryan prangerte Mitte der 70er Jahre den Umstand an, die unmissverständlichen Opfer sozialer Missstände der amerikanischen Gesellschaft („Minority children“, African-Americans“ und „Poor people“) als „*strange, different – in other words, as a barbarian, a savage*“ (Ryan 1976: 10) zu identifizieren.

Dieses Phänomen ist seit 1976 unter dem Namen „*blaming the victim*“ bekannt (Ryan 1976). In neueren Publikationen taucht der Begriff „*culture blaming*“ auf (u.a. Volpp 2000, Airhihenbuwa und Webster 2004, Sutton 2005). Hierzu wird ein Unterscheidungsmerkmal einer von einem Problem betroffenen Bevölkerungsgruppe ausgewählt und als Ursache des Problems deklariert. Im Kontext „indigener Gesundheit“ wird häufig das Unterscheidungsmerkmal „Kultur“ gewählt (Fabrega Jr. und Manning 1979: 41). Die synonyme Verwendung von Ethnizität, Kultur, Sprache und Nation, genau wie

208 Vgl. Knipper (2007)

209 Die selben Rückschlüsse lassen sich auch bei der Betrachtung einiger Studien über „*Indigenous Health*“ finden. Die CSDH beklagt, dass „*research ends up blaming communities for their ill health through wrong behaviours, poor knowledge, non-compliance and ignorance without examining social determinants that limit individual choices*“ (CSDH 2007: 8)

die des essentialistischen Kulturbegriffs, sind Voraussetzungen des Phänomens. Es wird ein stereotypes und stigmatisierendes Bild des kulturell Fremden konstruiert und für die Gesundheitssituation oder einzelne Aspekte dieser, beispielsweise die Gesundheit von Müttern, verantwortlich gemacht. Es werden gezielt diskriminierende Rückschlüsse zwischen Ethnizität und Kultur gezogen, die einen ohnehin schon etablierten essentialistischen Kulturbegriff stärken und in Rassismus münden. Die Fähigkeit eine indigene Sprache zu sprechen oder die Bereitschaft eine traditionelle Hebamme aufzusuchen wird, auf Basis des bestehenden Machtgefüges, demnach für die hohe Müttersterblichkeitsrate innerhalb der indigenen Bevölkerung verantwortlich, anstatt diese als Repräsentation der fortwährenden Gewalt zu interpretieren.

Folglich repräsentiert diese Interpretation die Reproduktion und Kontinuität kolonialer Strukturen (Mignolo 2000: 7), denn *„der Akt der Kolonisierung selbst wurde durch Differenzpostulate zu legitimieren gesucht“* (Kerner 2012: 29). Dichotomien wie traditionell und modern, schwarz und weiß, fortschrittlich und primitiv, zur Abgrenzung des kulturell Eigenen vom Fremden, verkörpern Hierarchien und stützen (post-)koloniale Strukturen. Ausgehend von der Geburtsstunde des Kulturbegriffs als Resultat der ersten Kulturkontakte zu Beginn der spanischen Eroberung, ist jede Kultur ursprünglich als kolonial zu verstehen (Derrida 1996: 67) und demnach sind *„alle Begriffe, die wir verwenden um eine Kultur, eine fremde oder unsere eigene Kultur zu beschreiben, von der Gewalt infizierte Begriffe“* (Baecker 2001: 28). Gewalt, ganz gleich, ob es sich dabei um epistemische Gewalt (Kerner 2012: 34), wie sie sich durch die Sprachbarriere oder die Abwertung traditioneller Hebammen präsentiert; strukturelle Gewalt der Armut (Randeria 1999: 87) innerhalb einer indigenen Region wie der Sierra de Totonacapan; oder in Form von Diskriminierung und Rassismus bzw. wie am Beispiel obligater Empfängnisverhütung illustriert, handelt, *„sind als politisches Anliegen zu reformulieren [...] und damit als Angelegenheiten der persönlichen Einstellung oder Haltung zu befreien“* (Kerner 2012: 146). Innerhalb der medizinischen Versorgung muss demnach Sorge getragen werden Individuen nicht als *„determinierte Verkörperungen ihrer Kultur“* (Randeria 1999: 94) zu verstehen.

Ein im medizinischen Kontext nützlicher Kulturbegriff muss dem medizinischen Personal nicht nur Zurückhaltung bei der Verwendung des Begriffs, sondern auch die Fähigkeit zwischen kulturellen und anderen Aspekten zu differenzieren, vermitteln (Knipper 2014). Hierzu bietet sich das in der Ethnologie etablierte *„Verfahren der Relevanzaufspürung“* (Hirschauer und Amann 1997) an. Zurückhaltung gegenüber

scheinbar offensichtlicher Kultur bedeutet auch Aufmerksamkeit gegenüber scheinbarer Abwesenheit kultureller Aspekte. Die Kultur des medizinischen Personals, seine Wahrnehmung (Holmes 2012) und vor allem die Kultur der Biomedizin selbst, wie wir spätestens seit Foucault wissen (Foucault, 2010), sind ebenso an interkulturellen Begegnungen im medizinischen Alltag beteiligt, wie die Kultur des/der beispielsweise indigenen Patient_in (Tayler 2003, Kleinman und Benson 2006). Hierzu können u.a. moralische Werte im Kontext von Empfängnisverhütung und Familienplanung gezählt werden.

Weiterhin fraglich ist die forcierte Bemühung von Gesundheitsprogrammen und -projekten mit interkulturellem Ansatz, traditionelle Medizin in die Biomedizin zu integrieren. Als Argument für die Integration wird häufig die menschenrechtsbasierte Pflicht, Kultur zu schützen, verwendet. Die umfassenden Dimensionen lokaler Kultur können aber von Außenstehenden nicht immer erfasst werden und werden zwangsläufig im Rahmen der eigenen Kultur interpretiert (Knipper 2014). Generell ist die Institutionalisierung bis heute überdauernder medizinischer Versorgungssysteme im Kontext der Interkulturellen Medizin zu diskutieren, wenn diese sich Jahrzehnte lang ohne aktive Beteiligung der institutionellen Medizin und Unterstützung gesundheitspolitischer Programme selbstständig erhalten und entwickelt haben (Knipper 2006: 426). Ich habe zeigen können, dass sich die Hebammentätigkeit rapide und drastisch u.a. durch den biomedizinischen Einfluss verändert, wobei teils gefährliche Konstellationen provoziert werden.

Eine für den medizinischen Alltag nützliche Definition Interkultureller Medizin muss daher auf einem realitätsnahen Kulturbegriff aufbauen. Hierzu bietet die Ethnologie als „*Wissenschaft vom kulturell Fremden*“ (Kohl 2000) praktikable Anleitungen zum Umgang mit dem Kulturbegriff in der Medizin²¹⁰. Die Ergebnisse meiner Forschung in der Sierra de Totonacapan, in Verbindung mit der zur Anwendung gekommenen Fachliteratur, resultieren in folgender Definition Interkultureller Medizin:

Gegenstandsbereich Interkultureller Medizin ist jegliche Interaktion zwischen Akteur_innen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen im medizinischen Kontext. Um dieser Situation im Sinne der Menschenrechte gerecht zu werden, müssen zwei Voraussetzungen geschaffen werden: Zum einen muss ein sozialwissen-

210 Vgl. Knipper (2014)

schaftlich fundierter Kulturbegriff in der Medizin etabliert werden. Zum anderen müssen bei jeder Begegnung erneut relevante Aspekte (soziale, politische, historische und strukturelle) von kulturellen differenziert werden, um Kultur als analytischen Begriff für die Medizin nutzbar zu machen. Die Aufgabe Interkultureller Medizin ist es, diese Voraussetzungen zu schaffen. Dabei bietet sich das menschenrechtlich begründete Konzept der AAAQ-Kriterien als analytisches Instrument an, die kultursensitive Perspektive zu operationalisieren.

„Jegliche Interaktion zwischen Akteur_innen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen“ macht deutlich, dass Interkulturelle Medizin nicht nur für die Behandlung ethnischer Minderheiten oder Patient_innen mit Migrationshintergrund eine Rolle spielt. In jedem Fall sollte Sensibilität für Kultur im medizinischen Kontext gegeben sein. Zusätzlich bedeutet dies, dass der Gegenstandsbereich Interkultureller Medizin sich nicht nur auf die Arzt-Patienten-Beziehung konzentrieren darf. An Kultur muss auch bei gesundheitspolitischen Entscheidungen, Programmen und Projekten, epidemiologischen Erhebungen²¹¹ oder bei der Analyse vermeidlich objektiver Entscheidungen im Rahmen der medizinischen Versorgung schwangerer Frauen in einer indigenen Region wie die Sierra de Totonacapan gedacht werden.

„Kultur als analytischen Begriff für die Medizin nutzbar zu machen“ bedeutet relevante Aspekte zu erkennen und zu differenzieren, aber auch zu analysieren, wenn kulturelle Aspekte keine Relevanz für eine Interaktion im medizinischen Kontext haben.

Wird Interkulturelle Medizin auf Basis dieser Definition im medizinischen Kontext etabliert, sollte das Konzept einen Nutzen für alle an einer interkulturellen Begegnung involvierten Akteur_innen haben.

Dem medizinischen Personal wird auf diesem Weg die Möglichkeit gegeben eine differenziertere Perspektive auf das Verhalten seiner Patient_innen zu erlangen. Auf diese Weise kann die medizinische Versorgung an die realen und in jedem Fall neu zu analysierenden Lebensumstände der lokalen Bevölkerung angepasst werden (Holmes 2012). Essentielle Aspekte der medizinischen Versorgung können so gestärkt werden: Akzeptanz und Respekt, horizontale Beziehungen zwischen unterschiedlichen Akteur_innen, Einbeziehung und Gleichberechtigung benachteiligter Bevölkerungsgruppen und Solidarität zwischen und mit diesen (Torri 2010: 32). Stereotypisierungen,

211 Vgl. Ramírez Hita (2009)

Stigmatisierungen, Diskriminierung und Rassismus („*blaming culture*“) können entgegengewirkt und die medizinische Versorgung verbessert werden. Dies wiederum trägt einen Teil zur Realisierung der Menschenrechte bei. Außerdem ermöglicht ihnen die Fähigkeit, zwischen verschiedenen relevanten Aspekten zu differenzieren, umfassende Einblicke in die tatsächlichen Ursachen u.a. der Müttersterblichkeit, sodass geäußerte Ängste relativiert und abgebaut werden können. Anhand des empirischen Materials konnte ich zeigen, dass die etablierte Verwendung eines essentialistischen Kulturbegriffs gewaltsam instituierte Dichotomien favorisiert. Diese Gewalt zu überwinden muss das politische Moment Interkultureller Medizin sein.

Es verdeutlicht sich, dass die sozial determinierte Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen innerhalb einer Gesellschaft das Maß von Krankheit und Leiden bestimmt (Marmot und Bell 2012). Die moralische und rechtliche Verpflichtung des medizinischen Personal der lokalen Bevölkerung gegenüber, muss auch im Rahmen gesundheitspolitischer Entscheidungen evaluiert werden (Ali et al. 2011: 31, Ramírez Hita 2011: 114). Dies bedeutet, dass beispielsweise die Ursachen der als kulturelle Barriere zwischen medizinischem Personal und Patient_innen interpretierten Sprachbarriere vornehmlich in der nationalen Gesundheitspolitik zu suchen sind.

Ein anderer Aspekt, der in diesem Kontext von Bedeutung ist, ist die Produktivität²¹² einer medizinischen Einrichtung. Das Regionalkrankenhaus wurde während meiner Forschung umbenannt. Am Anfang hieß es „Hospital General del Totonacapan“. Am Ende des zweiten Aufenthalts „Hospital de la Comunidad Entabladero“. Aus dem Regionalkrankenhaus wurde das Krankenhaus der Gemeinde Entabladero. Der wichtigste Aspekt dieser Veränderung ist die Reduktion der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Ein Arzt des Regionalkrankenhaus sagt in diesem Kontext:

„Für jede Geburt die hier herkommt, verdienen wir etwas Geld“ (P93)

Dies bedeutet, dass das medizinische Personal dazu angehalten wird, eine gewisse „Produktivität“ zu gewährleisten, damit die medizinische Versorgung, Arbeitsbedingungen und ihr Arbeitsplatz gesichert sind.

Hierin verdeutlicht sich die durch seine Möglichkeiten und Grenzen definierte Spannweite Interkultureller Medizin. Sie kann zwar zur Verwirklichung der Menschenrechte und Verbesserung der Gesundheit von Müttern beitragen, vermag aber nicht allein, und vor allem nicht ohne die Verbesserung struktureller und sozialer Determinanten von Gesundheit (u.a. Maine und Rosenfield 1999, Miller et al. 2003, Uribe et al. 2009 und

212 Vgl. 9.2 Dokumente

Walker et al. 2012), diese Ziele zu erfüllen. Auf lange Sicht ist zu überprüfen, welche Auswirkungen Interkulturelle Medizin auf soziale Determinanten von Gesundheit hat bzw. haben kann.

Abschließend ist zu sagen, dass die UN fordert, dass die medizinische Versorgung indigener Völker „*kulturell angemessen*“ sein sollte (UN und CESCR 2000: Art. 27) und einige Quellen Gesundheitsprogramme und -systeme als „*kulturell inkongruent*“²¹³ (Cunningham 2010: 1210) kritisieren. Diese Forderung und die sie untermauernde Kritik Seitens der Fachliteratur, müssen sich, auch wenn sie ursprünglich im Rahmen des Rechts auf Kultur gesehen werden müssen, einer ebensolchen kontroversen Diskussion unterziehen lassen, wie der im Feld präsente essentialistische Kulturbegriff. Welche Verantwortung haben ebendiese Quellen durch hochoffizielle, jedoch unreflektierte Formulierungen und Verwendung des Kulturbegriffs gegenüber der lokalen Realität? Die medizinische Versorgung indigener Völker muss in erster Linie „*angemessen*“ sein und Gesundheitsprogramme und -systeme zur Verbesserung der medizinischen Versorgung sind generell inkongruent. Als ursächlich lassen sich historisch gewachsene Hierarchien, soziale Determinanten, fortwährend reproduzierte und politisch legitimierte Strukturen identifizieren. Um diese Missstände zu beseitigen kann Kultur, als Substrat seines kolonialen Ursprungs, als analytischer Begriff herangezogen werden, niemals aber per se ursächlich sein.

213 Im englischen Original „*systems are culturally incongruent*“ (Cunningham 2010: 1210)

9. Anhang

9.1 Identität der Informant_innen

Die Kürzel zur Identifikation der einzelnen Informant_innen leiten sich von der Transkriptionsreihenfolge der Interviews, so wie sie in ATLAS.ti ® vorgenommen wurden, ab. Wenn Informant_innen mehrfach interviewt wurden, wird dies durch eine zusätzliche Ziffer angegeben (z.B. PX.2). Der in der Tabelle angegebene „Ort“ entspricht in jedem Fall dem Ort, an dem das jeweilige Interview geführt wurde, nicht aber automatisch dem Wohnort der Informant_innen. Der Zusatz (M) verdeutlicht, dass das Interview in einer medizinischen Einrichtung, der Zusatz (H), dass das Interview außerhalb einer solchen geführt wurde. Methodisch wird zwischen informellen Interviews (II), semi-strukturierten Interviews (SSI) und strukturierten Interviews (SI) unterschieden. Unter der Kategorie „Beruf“ befinden sich neben Ärzt_innen (A), Pflegepersonal (PP), etc. auch „Sonstiges Medizinisches Personal“ (SMP). Hierunter sind Mitarbeiter_innen des *seguro popular de salud*, Dolmetscher_innen, Gesundheitsarbeiter_innen, Sozialarbeiter_innen und Laborangestellte zu verstehen. Außerdem beinhaltet diese Kategorie „Patient_innen“ (P) und „Lokale Bevölkerung (B). Unter Patient_innen sind nur diejenigen Informant_innen zu verstehen, die sich zum Zeitpunkt des Interviews in medizinischer Behandlung befunden haben. Begleitende Angehörige entsprechen der lokalen Bevölkerung. Die Kategorie „Sprache“ verdeutlicht die Sprache, auf der das Interview geführt wurde. Es wurden Interviews auf Spanisch (S und ST) ohne Dolmetscher_in und auf Totonaco (T) mit Dolmetscher_in geführt. Die Angabe „Spanisch und Totonaco“ deutet darauf hin, dass entsprechende Informant_innen beide Sprachen beherrschen, das Interview wurde dann aber auf Spanisch geführt.

Id.	Alter	Geschlecht	Ort	Methode	Datum	Beruf	Sprache
P10.1	ca. 30	W	Coyutla (M)	II	20.03.12	SMP	S
P10.2	ca. 30	W	Coyutla (M)	II	21.03.12	SMP	S
P68	ca. 40	W	Coyutla (M)	FGD	22.03.12	PP	S
P70	ca. 60	W	Coyutla (H)	II	26.03.12	B	T
P69	ca. 30	M	Coyutla (M)	SSI	26.03.12	B	S
P3	ca. 50	W	Coyutla (H)	SSI	03.04.12	TH	ST
P52.1	ca. 40	W	Coyutla (M)	SSI	13.04.12	A	S
P54	ca. 40	W	Coyutla (M)	SSI	16.04.12	PP	S
P5.2	ca. 45	M	Entabladero (M)	II	17.04.12	A	S
P31.3	ca. 30	W	Entabladero (M)	II	17.04.12	A	S
P31.1	ca. 30	W	Entabladero (M)	II	19.04.12	A	S
P14.1	ca. 20	W	Entabladero (M)	II	25.04.12	B	ST
P31.2	ca. 30	W	Entabladero (M)	II	25.04.12	A	S
P93	ca. 45	M	Entabladero (M)	II	25.04.12	A	S
P5.3	ca. 45	M	Entabladero (M)	SSI	26.04.12	A	S
P42	ca. 25	W	Entabladero (M)	SSI	27.04.12	PP	S
P5.3	ca. 45	M	Entabladero (M)	II	27.04.12	A	S
P4	ca. 50	M	Entabladero (M)	SSI	30.04.12	A	S
P22	ca. 55	W	Entabladero (M)	SSI	30.04.12	SMP	ST
P40	ca. 30	W	Entabladero (M)	SSI	01.05.12	PP	S
P37	ca. 30	W	Entabladero (M)	SSI	10.05.12	A	S
P39	ca. 40	W	Entabladero (M)	II	10.05.12	A	S
P5.1	ca. 45	M	Entabladero (M)	SSI	11.05.12	B	ST
P35	ca. 30	M	Entabladero (M)	SSI	11.05.12	A	S
P31.3	ca. 30	W	Entabladero (M)	SSI	28.05.12	PP	ST
P36	ca. 35	M	Entabladero (M)	SSI	04.06.12	SMP	S
P25	ca. 35	W	Filomeno Mata (M)	SSI	05.06.12	A	S
P17.2	ca. 35	M	Filomeno Mata (M)	SSI	05.06.12	A	S
P18.2	ca. 50	M	Filomeno Mata (M)	SSI	08.06.12	SMP	ST
P20.1	ca. 40	M	Filomeno Mata (M)	SSI	08.06.12	SMP	ST
P12	ca. 45	W	Filomeno Mata (H)	SSI	12.06.12	B	T
P20.2	ca. 40	M	Filomeno Mata (M)	SSI	12.06.12	SMP	ST
P18.1	ca. 50	M	Filomeno Mata (M)	SSI	14.06.12	A	S
P16	ca. 45	W	Filomeno Mata (H)	SSI	14.06.12	B	ST
P19	ca. 45	M	Filomeno Mata (M)	SSI	14.06.12	A	S
P82	ca. 55	W	Filomeno Mata (H)	SSI	15.06.12	TH	ST

P14.2	ca. 20	W	Filomeno Mata (H)	SSI	15.06.12	B	ST
P13	ca. 40	W	Filomeno Mata (H)	SSI	15.06.12	B	T
P17.1	ca. 35	M	Filomeno Mata (M)	SSI	16.06.12	A	S
P90	ca. 25	W	Filomeno Mata (H)	II	17.06.12	B	ST
P11	ca. 60	W	Filomeno Mata (H)	SSI	18.06.12	TH	T
P1	ca. 65	W	Filomeno Mata (H)	SSI	18.06.12	TH	ST
P2.1	ca. 30	W	Coyutla (M)	FGD	19.06.12	B	S
P2.2	ca. 30	W	Coyutla (M)	FGD	19.06.12	B	S
P2.3	ca. 25	W	Coyutla (M)	FGD	19.06.12	B	S
P2.4	ca. 30	W	Coyutla (M)	FGD	19.06.12	B	S
P2.4	ca. 30	W	Coyutla (H)	FGD	19.06.12	B	S
P88	ca. 30	M	Coyutla (H)	SSI	02.07.12	B	ST
P91	ca. 55	W	Coyutla (H)	SSI	02.07.12	TH	T
P87	ca. 25	W	Filomeno Mata (H)	SSI	03.07.12	B	ST
P18.3	ca. 50	M	Filomeno Mata (M)	SSI	03.07.12	A	S
P81	ca. 35	W	Filomeno Mata (H)	SSI	05.07.12	B	ST
P92	ca. 40	W	Filomeno Mata (H)	SSI	05.07.12	B	ST
P86	ca. 60	W	Filomeno Mata (H)	SSI	07.07.12	TH	T
P52.2	ca. 40	W	Coyutla (M)	SI	10.08.12	A	S

Tabelle 4: Identifikation der Informant_innen (von links nach rechts: M = männlich, W = weiblich, (H) = außerhalb einer medizinischen Einrichtung, (M) = in einer medizinischen Einrichtung, II = Informelle Information, SSI = Semi-strukturiertes Interview, SI = Strukturiertes Interview, FGD = Fokus-Gruppendifkussion, A = Arzt/Ärztin, PP = Pflegepersonal, SMP = Sonstiges medizinisches Personal, TH = Traditionelle Hebamme, B = Lokale Bevölkerung, P = Patient_innen, S = Spanisch, T = Totonaco, ST = Spanisch und Totonaco)

9.2 Dokumente

Die hier angehängten Dokumente werden, soweit es für das Verständnis nötig ist, erklärt und gegebenenfalls übersetzt.

Dokument Nr. 1: Das Anschreiben richtet sich an den „verantwortlichen Arzt des Gesundheitszentrums“. Es wird darum gebeten, dass die Vasektomie, demnach die Sterilisation des Mannes, beworben wird. Von einer angestrebten Anzahl von insgesamt 50 Vasektomien im Kalenderjahr konnten bis zum Zeitpunkt des Anschreibens nur 8% verwirklicht werden.

Dem Personal, wobei sich Verwaltungsangestellt_innen („*intendente*“) ebenso ange-

sprochen fühlen müssen wie Ärzt_innen, werden bei erfolgreicher Überzeugung zur Vasektomie zwei Urlaubstage versprochen.

Dokument Nr. 2: Dieses Dokument entspricht der im Regionalkrankenhaus verwendeten Einverständniserklärung für Verhütungsmethoden. Es wird sowohl für den DIU als auch für die OTB verwendet. Inhaltlich wird darüber aufgeklärt, dass 1) verschiedene Verhütungsmethoden existieren, 2) temporäre Methoden existieren und man außerdem ausführlich deren Charakteristika, Vor- und Nachteile und die Anwendung erklärt hat. Im Falle der OTB gibt es drei Zusätze: 3) die OTB ist ein chirurgischer Eingriff über dessen Details, Vorteile und Risiken ausführlich aufgeklärt wurde, 4) die OTB ist eine permanente Methode der Empfängnisverhütung, sodass ich [die Patientin] danach keine Kinder mehr haben werden kann und 4) Ich [die Patientin] kann mich zu jedem Zeitpunkt vor Durchführung der Operation gegen den Eingriff aussprechen, ohne dass man mir dadurch die medizinische Versorgung verweigert oder Nachteile entstehen.

Dokument Nr. 3: Diese Grafik wurde während einer internen Betriebsbesprechung des Regionalkrankenhauses mit allen angestellten Ärzten und Ärztinnen genutzt, um die steigende Produktivität der Einrichtung zu demonstrieren. Es wird der Zeitraum Januar bis März 2011 mit dem Zeitraum Januar bis März 2012 verglichen in den Punkten Geburten („Partos“), Kaiserschnitte („Cesareas“), Facharztsprechstunden („Consulta externa“), Entlassungen („Egresos“), Operationen („Cirugia“), Sprechstunden der Notaufnahme („Consulta urgencias“) und Verletzte („Lesionados“).



GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ



ESTADO PROSPERO

Coordinación Salud Reproductiva

Oficio No.: 207/2011

Clasificación: 5S.8

Asunto: Referencia pacientes Vasectomía.
Poza Rica, Ver., a 12 de Julio de 2011

**MEDICO RESPONSABLE
DE CENTRO DE SALUD**

Anexo al presente envío a Usted, formato de consentimiento e información básica sobre Vasectomía sin bisturí, con la finalidad de que se realicen actividades de promoción sobre este método definitivo en la población de su área de responsabilidad, ya que el compromiso de la Jurisdicción Sanitaria es realizar un total de 50 cirugías en el presente año y a la fecha solo llevamos un avance del 8% de la meta programada.

AL PERSONAL (MÉDICO, ENFERMERA, PROMOTOR DE SALUD, ADMINISTRATIVO, INTENDENTE) QUE REFIERA UN PACIENTE PARA VASECTOMÍA POR AUTORIZACIÓN DE LA JEFATURA JURISDICCIONAL, SE AUTORIZARÁ EL GOCE DE 2 DÍAS DE DESCANSO; SOLICITANDO SE NOTIFIQUE A LA COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA EL NOMBRE DEL MÉDICO, ENFERMERA, PROMOTOR DE SALUD, ADMINISTRATIVO O INTENDENTE QUE REALIZÒ LA ORIENTACIÓN CONSEJERÍA Y NOMBRE DEL PACIENTE REFERIDO, DE MANERA QUE SE PUEDA CORROBORAR CON HOSPITAL LOS DATOS DEL USUARIO QUE SE REALIZÒ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y CENTRO DE SALUD QUE HIZO EL ENVÍO.

Se cuenta con el apoyo de un Médico Cirujano certificado en vasectomía sin bisturí en el Hospital Dr. José Buil Belenguer de Papantla, con los siguientes días y horarios de atención:

Lunes, miércoles y Viernes: 20:00 horas.

Martes y Jueves: 7:00 horas.

Viernes: 10:00 horas (este día y horario a través de la notificación previa para la Programación de la cirugía a la Coordinación de Salud Reproductiva)

DR. SUELECC
Calle 134 Sur Col. Morales,
C.P. 93340, Poza Rica Veracruz.
Tel. (782 82 21115/ 82 45651/ 82 20008) Ext. 119
salre@ssaver.gob.mx

JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3
POZA RICA, VER.

12 JUL 2011

DESPACHADO



**Secretaría
de Salud**

**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL GENERAL DE ENTABLADERO**

Carretera Espinal-Coyutla s/n, Entabladero, Espinal.

DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA

CARTA DE ACEPTACIÓN VOLUNTARIA DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENTABLADERO, ESPINAL A _____ DE _____ DEL 20 ____

LA QUE SUSCRIBE:

SOLICITA Y AUTORIZA AL PERSONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD PARA QUE SE ME
APLIQUE EL SIGUIENTE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

ESTOY ENTERADA QUE:

- 1) EXISTEN DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE PUEDO UTILIZAR PARA PLANIFICAR MI FAMILIA.
- 2) EXISTEN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE SON DE USO TEMPORAL, ADEMÁS, SE ME A EXPLICADO AMPLIAMENTE SUS CARACTERÍSTICAS, LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS QUE IMPLICA USARLOS.

EN CASO DE QUE MI ELECCIÓN SEA LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL

- 3) LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL ES UNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA Y SUS DETALLES VENTAJAS Y RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS AMPLIAMENTE.
- 4) LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE Y YA NO PODRÉ TENER MAS HIJOS.
- 5) PUEDO DESISTIR DEL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO ANTES DE QUE SE ME REALICE LA OPERACIÓN Y COMO RESULTADO DE ELLO, NO SE ME NEGARAN SERVICIOS MÉDICOS DE SALUD NI OTROS BENEFICIOS.

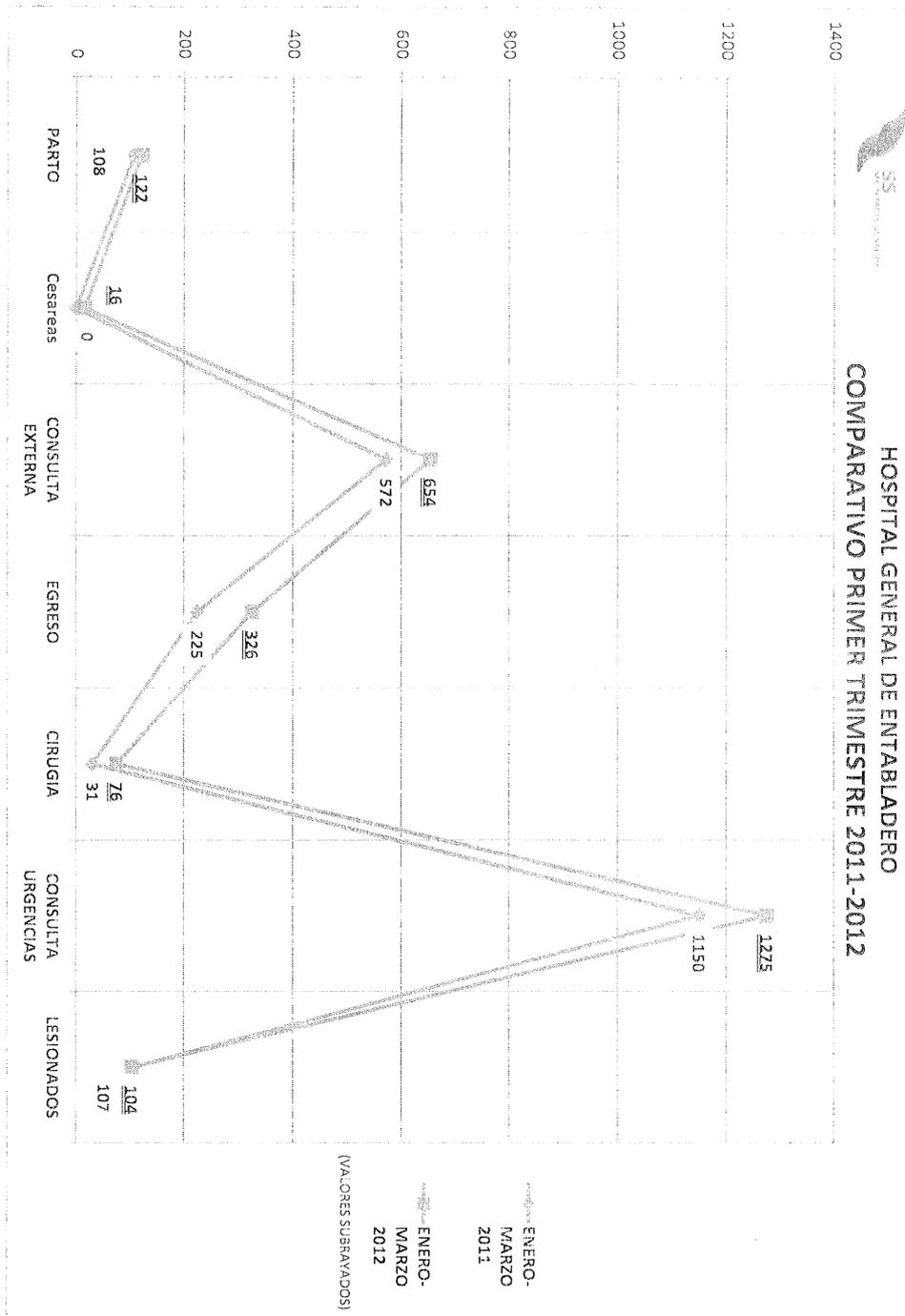
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE

TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA

HOSP 08



Dokument 3 (Fundort: Regionalkrankenhaus in Entabladero)

9.3 Fragenkataloge

9.3.1 Fragenkatalog für semi-strukturierte Interviews

Die hier aufgezählten Fragen entwickelten sich während des Forschungsprozesses. Normalerweise wurden in einem Interview, abhängig vom Diskurs des Interviews, nicht alle Fragen gestellt. In einigen Fällen wurde der Inhalt der Fragen verändert oder konkretisiert. Dies muss als eine Anpassung an die individuelle Interviewsituation verstanden werden. Aus diesem Grund muss außerdem davon ausgegangen werden, dass alle für das verwendete empirische Material, aber nicht alle, während semi-strukturierter Interviews gestellten Fragen, an dieser Stelle aufgeführt werden.

Fragen an Traditionelle Hebammen:

1. Seit wann arbeiten sie als Hebamme?
2. Wie haben sie angefangen als Hebamme zu arbeiten?
3. Wie haben sie ihr Wissen erlernt?
4. Was ist eine traditionelle Hebamme?
5. Wie viel Geld verlangen sie?
6. Wie viele Patientinnen haben sie zurzeit?
7. Welche Patientinnen kommen zu ihnen?
8. Was muss eine Patientin vor/während/nach einer Geburt beachten?
9. Arbeiten sie zusammen mit dem lokalen Gesundheitszentrum?
10. Welche Unterschiede gibt es zwischen ärztlichem Personal und Hebamme?
11. Welche Ängste haben ihre Patientinnen?
12. Gehen sie selbst gerne ins Regionalkrankenhaus/Gesundheitszentrum?
13. Warum überweisen sie ihre Patientinnen ans Regionalkrankenhaus/ Gesundheitszentrum?
14. Warum wollen die schwangeren Frauen nicht ins Regionalkrankenhaus gehen?
15. Wie beurteilen sie die Arbeit der Ärzte und Ärztinnen?
16. Seit wann nehmen sie an den Hebammenschulungen teil?
17. Was hat sich durch die Hebammenschulungen verändert?
18. Wie beurteilen sie die Hebammenschulungen?
19. Wie beurteilen ihre Patientinnen die Hebammenschulungen?
20. Wie kann man sich eine Entbindung bei der Hebamme vorstellen?
21. Gehen ihre Patientinnen zu Vorsorgeuntersuchungen

22. Warum sagt man den Frauen, dass sie weniger Kinder bekommen sollen?
23. Sind hier im Gemeindebezirk Frauen während Schwangerschaft oder Geburt verstorben?
24. Was sind die Ursachen der Müttersterblichkeit?
25. Wie kann der Tod einer Schwangeren verhindert werden?
26. Welche Rolle spielt der Ehemann für Schwangerschaft und Geburt?
27. Was denken sie über Familienplanung?

Fragen an das medizinische Personal:

1. Was ist wichtig für ihre Arbeit im Regionalkrankenhaus?
2. Wie kann die medizinische Versorgung der Region verbessert werden?
3. Welchen Eindruck vermittelt das Regionalkrankenhaus in der Region?
4. Welche Rolle spielt die Kultur des/der Patient_in für die medizinische Versorgung?
5. Was sind die wichtigsten Barrieren zwischen dem Regionalkrankenhaus/ Gesundheitszentrum und der lokalen Bevölkerung?
6. Sind Verständigungsprobleme relevant für die medizinische Versorgung?
7. Gibt es Unterschiede bei der medizinischen Versorgung zwischen indigenen und nicht indigenen Patient_innen?
8. Wie beurteilen sie die Arbeit traditioneller Hebammen?
9. Wie beurteilen sie die traditionelle Medizin?
10. Was macht eine gute Hebamme aus?
11. Wie kann man sich die Zusammenarbeit mit traditionellen Hebammen vorstellen?
12. Warum bevorzugen vielen Frauen die traditionelle Hebamme?
13. Was hat sich durch den *seguro popular de salud* verändert?
14. Wie beurteilen sie das Programm *oportunidades*?
15. Warum haben viele Frauen Angst ins Regionalkrankenhaus zu gehen?
16. Wie hoch ist die Müttersterblichkeit in der Region?
17. Warum sterben Patientinnen während Schwangerschaft und Geburt?
18. Wie kann die Müttersterblichkeitsrate reduziert werden?
19. Seit wann steht die Müttersterblichkeit im Fokus?
20. In welcher Beziehung stehen Müttersterblichkeit und traditionelle Hebammen zueinander?

21. Wie werden Hebammen dazu gebracht, an den Schulungen teilzunehmen?
22. Welche Probleme assoziierten sie mit dem Thema „Familienplanung“?
23. Welche Rolle spielt die männliche Bevölkerung für die Familienplanung?
24. Warum haben Patient_innen Angst vor Operationen?
25. Wie wird Patientinnen die OTB nahe gebracht?
26. Warum bekommen alle Frauen nach der Entbindung den DIU?

Fragen an Patient_innen und die lokale Bevölkerung:

1. Wie beurteilen sie die medizinische Versorgung im Regionalkrankenhaus/ Gesundheitszentrum?
2. Wie kann die medizinische Versorgung der Region verbessert werden?
3. Sind sie schon einmal zur Entbindung ins Regionalkrankenhaus/ Gesundheitszentrum gegangen?
4. Welche Erfahrungen haben sie mit dem Regionalkrankenhaus/Gesundheitszentrum gemacht?
5. Gehen sie zu Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen?
6. Warum werden sie zum Zeitpunkt der Geburt zur Hebamme/ ins Gesundheitszentrum gehen?
7. Fühlen sie sich aufgrund von *oportunidades* genötigt ins Regionalkrankenhaus/ Gesundheitszentrum zu gehen?
8. Was hindert sie daran zur Hebamme/ ins Gesundheitszentrum zu gehen?
9. Haben sie Angst vor der Entbindung?
10. Anhand welcher Kriterien wählen sie ihre Hebamme aus?
11. Ist es Tradition, zur Hebamme zu gehen?
12. Was sind die Unterschiede zwischen Hebamme und dem ärztlichen Personal?
13. Was muss eine Frau vor/während/nach einer Schwangerschaft beachten?
14. Was sind die Ursachen für das Versterben eines Neugeborenen?
15. Was sind die Ursachen für das Versterben einer Schwangeren?
16. Hat man ihnen von der Operation, um keine Kinder mehr zu bekommen, erzählt?
17. Was erzählt man ihnen über die OTB?
18. Was denken sie über Operationen?
19. Was denkt ihr Ehemann über Operationen?

9.3.2 Fragebogen für strukturierte Interviews

In einigen Punkten kommt es bewusst zu Überschneidungen mit Fragen des Fragenkatalogs für semi-strukturierte Interviews. Es wurde ausschließlich medizinisches Personal befragt. Es wurde zusätzlich die Berufsbezeichnung, der Ort des Interviews und die Dauer der Beschäftigung in der Region notiert.

1. Seit wann fokussiert die medizinische Versorgung die Prävention der Müttersterblichkeit?
2. Wie wird die Prävention der Müttersterblichkeit umgesetzt?
3. Provoziert die Müttersterblichkeit Ängste oder Unsicherheiten ...
 - ... bei den Patientinnen?
 - ... bei traditionellen Hebammen?
 - ... beim medizinischen Personal?
4. Haben sie von „Interkultureller Medizin“ gehört?
5. Was ist „Interkulturelle Medizin“?
6. Welche Rolle spielt die Kultur der lokalen Bevölkerung für die medizinische Versorgung?
7. Sind die medizinischen Einrichtungen den kulturellen Herausforderungen gewachsen?
8. Wie schätzen sie ihr Wissen über die Kultur der Totonaken ein?

10. Zusammenfassung (deutsch)

Die Gesundheitsversorgung der Region Sierra de Totonacapan in Veracruz (Mexiko) weist unterschiedliche Menge auf. Neben fehlenden Ressourcen, ist die Qualität der medizinischen Versorgung defizitär. Patient_innen begegnen verschiedenen Typen von Diskriminierungen in medizinischen Institutionen. Das lokale medizinische Personal nimmt jedoch die Kultur der Bevölkerung als ein prinzipielles Problem der Basisgesundheitsversorgung wahr. Es zeigt sich, dass die Verbesserungen der Müttergesundheit eine besondere Priorität in der Region hat, weshalb traditionelle Hebammen und Familienplanung als Schwerpunkte der Feldforschung untersucht wurden.

In der Fachliteratur gibt es Widersprüche bezüglich der Schulung traditioneller Hebammen. Unterschiedliche Studiendesigns sind hierfür ursächlich. Auch die Beurteilung des lokalen medizinischen Personals ist ambivalent. Sie bezeichnen traditionelle Hebammen als Risiko für schwangere Frauen. Gleichzeitig wird deren Arbeit als fest

mit der lokalen Kultur verwurzelt assoziiert. Zusätzlich empfindet das medizinische Personal das Verhalten der lokalen Bevölkerung als fatalistisch. Nichtsdestotrotz werden traditionelle Hebammen als Verbindung zwischen Gesundheitsversorgung und lokaler Bevölkerung erachtet. Aus diesem Grund befürwortet das medizinische Personal die Schulung traditioneller Hebammen. Die Konsequenzen der Schulungen sind eine gehäufte Überweisung an medizinische Institutionen, die Zunahme biomedizinischer Behandlungen durch traditionelle Hebammen („Biomedikalisierung“) und die Zerstörung ihrer Rolle für die lokale Gemeinschaft.

In vielen Entwicklungsländern ist ein „unmet need for family planning“ präsent, so auch in Mexiko. Die Kupferspirale und die Sterilisation der Frau sind die am häufigsten zur Anwendung kommenden modernen Empfängnisverhütungsmethoden in Mexiko. Auch in der Sierra de Totonacapan kommen sie überdurchschnittlich häufig zur Anwendung. Die Verwendung der Kupferspirale ist eine Obligation nach jeder institutionellen Entbindung. Auf Sterilisation wird nach mehreren Geburten gedrängt. Die Forschung konnte zeigen, dass die Umsetzung der Familienplanung sowohl rechtlich als auch ethisch bedenklich ist. Aus diesem Grund wird Familienplanung zu einer Barriere zwischen schwangeren Patientinnen und medizinischer Versorgung. Für das medizinische Personal ist hingegen die Kultur der lokalen Bevölkerung verantwortlich für den Widerstand gegenüber modernen Empfängnisverhütungsmethoden. Gleichzeitig muss Familienplanung auch im Kontext von gesundheitspolitischen Entscheidungen beurteilt werden.

Während der Feldforschung wurde insbesondere vom medizinischen Personal die Angst vor der Müttersterblichkeit artikuliert. Angst wird als handlungsbestimmendes Moment der Basisgesundheitsversorgung beurteilt. Das medizinische Personal ist damit überfordert die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die Angst vor Sanktionen, Entlassung, Bestrafung und rechtlichen Konsequenzen wird zu einer treibenden Kraft mitunter schädlicher und obsoletter medizinischer Praxis („Biomedikalisierung“).

Eine der Herausforderungen dieser Arbeit war die Analyse der Möglichkeiten und Grenzen Interkultureller Medizin. Der Begriff ist in der Literatur nicht klar definiert. Dennoch kann zusammengefasst werden, dass Interkulturelle Medizin generell für unterschiedliche Kulturkontakte im medizinischen Kontext relevant ist. Interkulturelle Medizin bezieht seine Legitimation aus den Menschenrechten, beispielsweise anhand des Rechts auf Gesundheit. Die Ergebnisse der Forschung konnten zeigen, dass interkulturelle Medizin der Umsetzung der Menschenrechte dient. Zum einen ersetzt das Konzept den im medizinischen Kontext häufig gebräuchlichen essentialistischen

Kulturbegriff durch einen sozialwissenschaftlichen Kulturbegriff. Zum anderen etabliert interkulturelle Medizin Kultur als analytisches Konzept in der Medizin. Auf diese Art und Weise ist das medizinische Personal in der Lage kulturelle Aspekte von anderen (ökonomischen, sozialen, historischen oder strukturellen) zu differenzieren, sodass die Gesundheitsversorgung an die lokale Realität angepasst und das Verhalten von Patient_innen besser verstanden werden kann.

11. Zusammenfassung (englisch)

Health care services of the Sierra de Totonacapan region in Veracruz, Mexico, present several flaws. In addition to a lack of availability of health care goods and services, the quality of medical care is insufficient. Patients encounter different types of discrimination in health care facilities. Local health workers perceive a basic problem of primary health care in the culture of the local population. Improving maternal health has special priority in the Sierra de Totonacapan that's why traditional birth attendants (TBA) and family planning were treated as special topics during the field research.

In the biomedical literature there is controversy about training traditional midwives. Differently designed studies have to these contradictory conclusion. Similarly, the opinion of local health workers is ambivalent. They rank TBA as a risk to pregnant women while they consider TBA as deeply rooted in local culture. In addition, local health workers perceive the population as fatalistic. At the same time, traditional midwives are considered as the link between health care and the local population. For this reason, local health workers agree with traditional midwives training. For example an increasing referral ratio of women, assumption of biomedical treatments by traditional midwives (*"biomedicalization"*) and the destruction of there role in local communities are the consequences.

In many developing countries unmet need for family planing is high. Intrauterin devices (IUD) and the bilateral tubal occlusion (BTO), female sterilization, are the most common modern contraceptive methods used in Mexico. Even in the Sierra de Totonacapan they are frequently applied. The IUD is represented as "provision" by local health workers. BTO's are forced upon women after several child births. Family planing is facing legal and ethical violations. For that reason family planing turns into a barrier for mothers who seek health care during pregnancy. While, local health workers accuse the culture

of local people to be responsible for the resistance to modern contraceptive methods. However, family planning should be considered in the context of policy choices and decisions.

During the field research, especially local health workers feared maternal mortality. Fear is considered as an action-defining moment of primary health care. Local health workers are overextended to cope with the provision of health care. The fear of sanctions, discharge, unemployment and legal consequences become one of the driving forces behind harmful and unnecessary medical treatments (*"biomedicalization"*).

Main task of this work was to analyze the possibilities of intercultural medicine. The term intercultural medicine isn't clearly defined. But in general it can be said that it is about different cultures interacting in a medical context. Intercultural medicine is legitimized by the human rights such as the right to health. The results of the present research suggest that intercultural medicine supports the realization of this right by creating two conditions. Firstly, it replaces the essentialist concept of culture often applied in medical contexts by a social science-based concept of culture. Secondly, intercultural medicine have to establish culture as an analytical concept in medicine. In this way, health workers are able to differentiate cultural aspects from other aspects (economic, social, historical or structural) and thus adapt health care to the local reality and assess the behavior of patients better.

12. Abkürzungsverzeichnis

AAAQ =	Availability, Accessibility, Acceptability and Quality
Art. =	Artikel
BMZ =	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BTO =	Bilateral Tube Occlusion
CCTP =	Conditional-Cash-Transfer Programm
CDI =	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CESCR =	Committee on Economic, Social and Cultural Rights
CONAPO =	Consejo Nacional de Población
CONEVAL =	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

CSDH =	Commission on Social Determinants of Health
DGGG =	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DIU =	Dispositivo intrauterino
FGD =	Fokus-Gruppendiskussion
IMSS =	Instituto Mexicano del Seguro Social
INALI =	Instituto Nacional de Lenguas Indígenas
INEGI =	Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
INMujeres =	Instituto Nacional de la das Mujeres
ISSSTE =	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IUD =	Intrauterin Device
MCH =	Maternal and Child Health
MDG =	Millennium Development Goal
MMR =	Maternal Mortality Ratio
MXN =	Mexikanische Pesos
OECD =	Organisation for Economic Co-operation and Development
OFS =	Open Society Foundation
OTB =	Oclusión tubaria bilateral
PHC =	Primary Health Care
PEMEX =	Petróleos Mexicanos
PMNCH =	The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health
PTLS =	Post Tuberal Ligation Syndrom
SBA =	Skilled Birth Attendants
SEDESOL=	Secretaría de Desarrollo Social
SDH =	Social Determinants of Health
SPS =	Seguro Social de Salud
TBA =	Tradicional Birth Attendants
UN =	United Nations
UNFPA =	United Nations Population Fund
USD =	US-Dollar
UVI =	Universidad Veracruzana Intercultural
WHO =	World Health Organisation

13. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

- Abb. 1: Alarmzeichen für Schwangere
- Abb. 2: Plakat vor der Notaufnahme „Dringlichkeit gynäkologischer Symptome“
- Abb. 3: Plakat „Um die Müttersterblichkeit zu bekämpfen...“
- Abb. 4: Karte Totonacapan
- Abb. 5: Grenzen Totonacapans im 16. Jahrhundert und aktuell
- Abb. 6: Entwicklung der Bodennutzung in der Region Totonacapan
- Abb. 7: Aussicht über Filomeno Mata
- Abb. 8: Gesundheitszentrum in Coyutla
- Abb. 9: Gesundheitszentrum in Filomeno Mata
- Abb. 10: Werbung für Tubenligatur und Vasektomie
-
- Tab. 1: Millennium Development Goal 5
- Tab. 2: Semi-strukturierte Interviews
- Tab. 3: Strukturierte Interviews
- Tab. 4: Identifikation der Informant_innen

14. Literaturverzeichnis

Abou Zahr, Carla (2003): Global burden of maternal death and disability. In: *British Medical Bulletin* 67 (1), S. 1–11.

Abou Zahr, Carla (2011): New estimates of maternal mortality and how to interpret them: choice or confusion? In: *Reproductive Health Matters* 19 (37), S. 117–128.

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1994 [1955]): Programas de salud en la situación intercultural. 1. Aufl. Jalapa, México: Universidad Veracruzana; Instituto Nacional Indigenista; Gobierno del Estado de Veracruz; Fondo de cultura económica.

Åhman, Elisabeth; Shah, Iqbal H. (2011): Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6. Aufl. Genf: WHO.

Airhihenbuwa, Collins O.; Webster, J. DeWitt (2004): Culture and African contexts of HIV/AIDS prevention, care and support. In: *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 1 (1), S. 4–13.

Alarcón M., Ana M.; Vidal H., Aldo; Neira Rozas, Jaime (2003): Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. In: *Rev Méd Chile* 131, S. 1061–1065.

Albers, Leah L. (1999): The Duration of Labor in Healthy Women. In: *Journal of Perinatology* 19 (2), S. 114–119.

Ali, Mohamed M.; Sadler, Rachael K.; Cleland, John; Ngo, Thoai; Shah, Iqbal H. (2011):

Long-term contraceptive protection, discontinuation and switching behaviour. Intra-uterine device (IUD) use dynamics in 14 developing countries. WHO; Marie Stopes International; USAID. London.

Alkema, Leontine; Kantorova, Vladimira; Menozzi, Clare; Biddlecom, Ann (2013): National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. In: *The Lancet* 381 (9878), S. 1642–1652.

Allué, Xavier; Laura, Mascarella; Bernal, Mariola; Comelles, Josep M. (2006): De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud. In: Gerardo Fernández Juárez (Hg.): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. 1. Aufl. Quito: Ediciones Abya-Yala, S. 15–32.

Alonso, Cristina; Gerard, Tania (2009): El parto Humanizado como Herramienta para la Prevención de la Mortalidad Materna y la Mejora de la Salud Materno-Infantil. In: Garciela Freyermuth und Sesia Paola (Hg.): *La Muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México*; CIESAS, S. 95–100.

Althabe, Fernando; Belizán, José M.; Bergel, Eduardo (2002): Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. In: *BMJ* 324, S. 945–946.

Amnesty International (2009): *Fatal Flaws. Barriers to Maternal Health in Peru*. London.

Anderson, Jeanine (2011): Mortalidad materna y derechos humanos. In: *Apuntes* 38 (69), S. 101–127.

Arranque Parejo en la Vida; Population Council (2009): Atención prenatal basada en la evidencia. In: Garciela Freyermuth und Sesia Paola (Hg.): *La Muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México*; CIESAS, S. 81–84.

Arredondo, A.; Nájera, P. (2005): Who pays more for health services in middle-income countries: lessons from Mexico. In: *Public Health* 119 (2), S. 150–152.

Atkinson, Rowland; Flint, John (2001): Accessing Hidden and Hard-to Reach Populations: Snowball Research Strategies. In: *Social Research Updates* 33, S. 1–4.

Avila Jaquez, Carmen; Gabarrot Arenas, Mariana (2009): Retros locales de la política social en México. el funcionamiento del Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades” en una comunidad indígena bajo el sistema de gobierno de usos y costumbres. In: *CONfines* 5 (9), S. 67–82.

Baecker, Dirk (2001): *Wozu Kultur?* 2. erw. Aufl. Berlin: Kulturverlag Kadmos

Baltzer, Jörg (2004): *Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe. Das komplette Praxiswissen in einem Band ; 321 Tabellen*. 1. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Thieme.

Barber L., Sarah (2009): Mexico's conditional cash transfer programme increases cesarean section rates among the rural poor. In: *European Journal of Public Health* 20 (4), S. 383–388.

Barber, Sarah (2006): Does the Quality of Prenatal Care Matter in Promoting Skilled Institutional Delivery? A Study in Rural Mexico. In: *Matern Child Health J* 10 (5), S. 419–425.

Barton Bray, David (2011): Rodolfo Stavenhagen: The UN Special Rapporteur on Indigenous Peoples. In: *American Anthropologist* 113 (3), S. 502–504.

- Bateson, Gregory (1994): *Ökonomie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*. 5. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bissell, Sharon (2009): La Mortalidad Materna en el Ámbito internacional: Estrategias para la renovación de un Movimiento. In: Garciela Freyermuth und Sesia Paola (Hg.): *La Muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México*; CIESAS, S. 23–29.
- Blas, Erik; Kurup, Anand Sivasankara (Hg.) (2010): *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization; ebrary, Inc. Genf: WHO (Nonserial Publications). Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/academiccomplete-titles/home.action>.
- Blas, Erik; Sommerfeld, Johannes; Kurup, Anand Sivasankara (2011): *Social determinants approaches to public health. From concept to practice*. Genf: WHO
- Blendsoe, Caroline H.; Goubaud, Monica F. (1985): The Reinterpretation of Western Pharmaceuticals among the Mende of Sierra Leone. In: *Social Science & Medicine* 21 (3), S. 275–282.
- Bongaarts, John; Bruce, Judith (1995): The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services. In: *Studies in Family Planning* 26 (2), S. 57–75.
- Braine, Theresa (2008): Mexico's midwives enter the mainstream. Training traditional midwives to work alongside doctors offers the best of both worlds to women giving birth in Mexico. In: *Bulletin of the World Health Organization* 86 (4), S. 244–245.
- Breckwoldt, M.; Schneider, H. (2008): Überwachung und Leitung der Geburt. In: Meinert Breckwoldt, Manfred Kaufmann und Albrecht Pfeleiderer (Hg.): *Gynäkologie und Geburtshilfe*. 117 Tabellen. 5. Aufl. Stuttgart, New York, NY: Thieme, S. 422–435.
- Breuer, Franz (2010): *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Juli/2009): *Gesundheit und Menschenrechte*. Berlin (BMZ Spezial 162).
- Buttiens, Hilde; Marchal, Bruno; Brouwere, Vincent de (2004): Editorial: Skilled attendance at childbirth: let us go beyond the rhetorics. In: *Tropical Medicine and International Health* 9 (6), S. 653–654.
- Camacho, A. V.; Castro, M. D.; Kaufman, R. (2006): Cultural aspects related to the health of Andean women in Latin America: A key issue for progress toward the attainment of the Millennium Development Goals. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 94, S. 357–363.
- Campos Navarro, Roberto (2009): ¡Friegas y friegas, y el empacho pegado! El empacho en México durante el siglo XIX. In: *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 47 (3), S. 243–250.
- Campos Navarro, Roberto (2010): La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: Del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud en siglo XXI. In: *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 27 (1), S. 114–122.
- Cárdenas Ayala, V. M.; Núñez Urquiza, R. M.; Brogan, D. R.; Ibarra Rosales, J. M.; Gatica Valdés, N.; Smith, T. E. et al. (1995): Neonatal tetanus mortality in Veracruz, Mexico, 1989. In: *Bulletin of the Pan American Health Organization* 29 (2), S. 116–128.
- Carroli G, Belizan J. (1999): Episiotomy for vaginal birth. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 (81), S. 1–62.

- Castañeda Camey, Xochitl; García Barrios, Cecilia; Romero Guerreo, Xóchitl; Núñez Urquiza, Rosa María; Gonzales Hernández, Xóchitl; Langer Glass, Ana (1996): Traditional Birth Attendants in Mexico: Advantages and Inadequacies of Care for Normal Deliveries. In: *Soc. Sci. Med.* 43 (2), S. 199–207.
- Castañeda, Amilcar (2010): Derechos humanos e interculturalidad. In: Gerardo Fernández Juárez (Hg.): *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito: Ediciones Abya-Yala, S. 91–120.
- Castro, Arachu (2004): Contracepting at childbirth: the integration of reproductive health and population policies in Mexico. In: Arachu Castro und Merrill Singer (Hg.): *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*. Walnut Creek, Kalifornien: AltaMira Press, S. 133–144.
- Cates jr., Willard; Karim, Quarraisha Abdool; El-Sadr, Wafaa; Haffner, Debra W.; Kalema-Zikusoka, Gladys; Rogo, Khama; Petruney, Tricia; Davidson Averill, E. Megan (2010): Family Planning and the Millennium Development Goals. In: *Science* 329, S. 1603.
- CESCR (2000): General comment No. 14. The right to the highest attainable standard of Health. Art. 12. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Genf.
- Chalmers, B. (1992): WHO appropriate technology for birth revisited. In: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 99, S. 709–710.
- Chapman, Emily (2011): Progressa Oportunidades: Family Planning versus Population Control in Mexico. In: *TuftScope* 10 (2), S. 8–11.
- Chenaut, Victoria (Hg.) (1996): *Procesos rurales e historia regional. sierra y costa totonasacas de Veracruz*. Mexiko Stadt: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Cleland, John; Bernstein, Stan; Ezeh, Alex; Faundes, Anibal; Glasier, Anna; Innis, Jolene (2006): Family planning: the unfinished agenda. In: *The Lancet* 368, S. 1810–1827.
- Cohen, N.; Arieli, T. (2011): Field research in conflict environments: Methodological challenges and snowball sampling. In: *Journal of Peace Research* 48 (4), S. 423–435.
- Collumbien, Martine; Gerressu, Makeda; Cleland, John (2004): Non-use and use of ineffective methods of contraception. In: Majid Ezzati (Hg.): *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Genf: WHO, S. 1255–1319.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (November/2008): *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (CDI) (2006): *Regiones indígenas de México*. Unter Mitarbeit von Enrique Serrano Carreto. 1. Aufl. México, D.F. Online verfügbar unter http://www.cdi.gob.mx/regiones/regiones_indigenas_cdi.pdf, zuletzt geprüft am 22.11.14.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2007): *Social determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications*. International Symposium on the Social Determinants. Adelaide.
- Conteo Población y Vivienda (CONAPO) 2005; *Cátalo de las Lenguas Indígenas Nacionales INALI 2008 (2005): Indicadores básicos de la agrupación totonaco, 2005*.

Unter Mitarbeit von Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. Instituto Nacional de Lenguas Indígenas.

Conde_Agudelo, Agustin; Rosas-Bermúdez, Anyeli; Kafury-Goeta, Ana C. (2006): Birth Spacing and Risk of Adverse Perinatal Outcomes. In: *Journal of the American Medical Association* 295 (15), S. 1809–1823.

Conrad, Peter (1992): Medicalization and Social Control. In: *Annual Review of Sociology* 18, S. 209–232.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2010a): Análisis y Medición de la Pobreza. Medición de la pobreza en México 2010, a escala municipal. Mexiko Stadt Online verfügbar unter <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Informacion-por-Municipio.aspx>, zuletzt aktualisiert am 01.06.13.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2010b): Medición de la pobreza municipal 2010. Online verfügbar unter <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Medicion-de-la-pobreza-municipal-2010.aspx>.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2011): índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010. Mexiko Stadt Online verfügbar unter http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (Hg.) (2000): Veracruz: tasa global de fecundidad, 1990-2000. Online verfügbar unter http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Veracruz_Salud_Reproductiva#01, zuletzt aktualisiert am 03.06.12.

Cunningham, Chris (2010): Health of indigenous peoples. Health systems must recognise culture and protect rights as well as needs. In: *BMJ* 340 (may19 4), S. c2202.

da Silveira, C. M.; Quadros, C. A. de (1991): Neonatal tetanus: countdown to 1995. In: *World Health Forum* 12, S. 289–296.

d'Arcangues, Catherine (2007): Worldwide use of intrauterine devices for contraception. In: *Contraception* 75 (6), S. S2.

Davis-Floyd, Robbie (2003): Home-birth emergencies in the US and Mexico: the trouble with transport. In: *Social Science & Medicine* 56 (9), S. 1911–1931.

Degen, Markus (2008): Nationale Identitäten im Diskurs: Mexiko. Von der Unabhängigkeit bis zur Gegenwart. 1. Aufl. Wien: Praesens (Beihefte zu Quo Vadis, Romania?, 33).

Delgado, Adrián G.; Morales, Hector F.; Ruiz, Cuitláhuac (2009): Distribución municipal de las Defunciones Maternas en México 1998-2005. In: Garciela Freyermuth und Sesia Paola (Hg.): *La Muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México*; CIESAS, S. 183–190.

Derrida, Jacques (2003): *Einsprachigkeit*. München: Wilhelm Fink Verlag

Díaz Gois, Agustín (2010): Implementación del proyecto: Atención integral de calidad en el embarazo en un Hospital Básico Comunitario Culturalmente Competente. In: *Revista Médica de la UAS* 1 (2), S. 12–19.

Dietz, Gunther (1999): Etnicidad y cultura en movimiento: desafíos teóricos para el estudio de los movimientos étnicos. *Revista Nueva Antropología*. In: *Revista Nueva*

Antropología 17 (56), S. 81–107.

Dreher, Michael; Dreher, Eva (1995): Gruppendiskussionsverfahren. In: Uwe Flick (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, S. 186–188.

Duarte Gomez, Maria Beatriz; Brachet Marquez, Viviane; Campos Navarro, Roberto; Nigenda, Gustavo (2004): Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto Cuetzalan Puebla. In: *Salud pública de México* 46 (5), S. 388–398.

Dudgeon, Matthew R.; Inhorn, Marcia C. (2004): Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. In: *Social Science & Medicine* 59 (7), S. 1379–1395.

Fabrega Jr., Horacio; Manning, Peter K. (1979): Illness episodes, illness severity and treatment options in a pluralistic setting. In: *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology* 13 (1), S. 41–51.

Fernández Juárez, Gerardo (Hg.) (2010): Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir. Quito: Ediciones Abya-Yala.

Figueroa Saavedra, Miguel (2009): Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. Comunicación y Sociedad Figuroa-Saavedra, Miguel. In: *Comunicación y Sociedad* (12), S. 149–175.

Fiszbein, Ariel; Schady, Norbert Rüdiger; Ferreira, Francisco H. G. (2009): Conditional cash transfers. Reducing present and future poverty. Washington D.C: World Bank (A World Bank policy research report).

Flick, Uwe (1995): Triangulation. In: Uwe Flick (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, S. 432–434.

Foucault, Michel (2010): Die Ordnung des Diskurses. 11. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer Verlag

Frenk, Julio (2006): Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. In: *The Lancet* 368 (9539), S. 954–961.

Gabbert, Wolfgang (2007): Ethnisierung von "oben" und von "unten": Staatliche Indiapolitik und indigene Bewegungen im postrevolutionären Mexiko. In: Christian Büschges und Joanna Pfaff-Czarnecka (Hg.): Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitiken in Lateinamerika, Asien und den USA. Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 142–165.

García Gavidia, Nelly; Leal Jerez, Morelva; Flores Díaz, Dilia (2001): La Planificación Familiar: Política demográfica del Estado o ejercicio de un derecho civil? In: *Cuestiones Políticas* (26), S. 91–112.

Gayeski, Michele Edianez; Brüggemann, Odaléa Maria (2009): Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal. In: *Rev Latino-am Enfermagem* 17 (2), S. 1–7.

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L.; Paul, Axel T. (2010): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 3. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).

Glasier, Anna; Gülmezoglu, A. Metin; Schmid, George P.; van Garcia Moreno, Claudia Look Paul F. A. (2006): Sexual and reproductive health: a matter of life and death. In: *The Lancet* 368, S. 1595–1607.

- Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (November/2010): Ley de los Derechos y Culturas Indígenas para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Ley número 879. Online verfügbar unter <http://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/CULT-INDIGENA.pdf>.
- Gómez Dantés, Octavio; Ortiz, Mauricio (2004): Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. In: *Salud pública de México* 46 (6), S. 585–588.
- González Terreros, María Isabel (2009): Diferencias culturales en el mundo global: cuestiones irresueltas para los pueblos indígenas de América Latina. In: *Folios (UNAM)* (30), S. 75–88.
- Greifeld, Katarina (2003): Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie. 3. Aufl. Berlin: Reimer.
- Grimes, D.; Schulz, K.; van Viet, H.; Stanwood, N. (2002): Immediate post-partum insertion of intrauterine devices: a Cochrane review. In: *Human Reproduction* 17 (3), S. 549–554.
- Günther, Erika; Sangmeister, Hartmut (2010): Kann Lateinamerika die Millennium Development Goals erreichen? In: *GIGA Focus Lateinamerika* (10), S. 1–8.
- Gutmann, Matthew (2009): Planning Men out of Family Planning: A Case Study from Mexico. In: *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* (1), S. 104–124.
- Hamnett, Brian R.; Martínez Gimeno, Carmen (2001): Historia de México. 1. Aufl. [Madrid]: Cambridge University Press (Historia (Cambridge University Press)).
- Hartmann, Katherine; Viswanathan, Meera; Palmieri, Rachel; Gartlehner, Gerald; Thorp Jr, John; Lohr, Kathleen N. (2005): Outcomes of Routine Episiotomy. A Systematic Review. In: *Journal of the American Medical Association* 293 (7), S. 2141–2147.
- Harvey, Steven A.; Wong Blandón, Yudy Carla; McCaw Binns, Affette; Sandino, Ivette; Urbina, Luis; Rodríguez, César; Gómez, Ivonne; Ayabaca, Patricio; Djibrina, Sabou; Nicaraguan maternal and neonatal health quality improvement group (2007): Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward. In: *Bulletin of the World Health Organization* 85 (10), S. 783–793.
- Heimann, Ursula (2002): Liberalismus, ethnische Vielfalt und Nation. Zum Wandel des Indio-Begriffs in der liberalen Presse in Mexiko, 1821-1876. Wiesbaden: F. Steiner Verlag (Studien zur modernen Geschichte, 55).
- Hirsch, Jennifer S. (2008): Catholics Using Contraceptives: Religion, Family Planning, and Interpretive Agency in Rural Mexico. In: *Studies in Family Planning* 39 (2), S. 93–104.
- Hirschauer, Stefan; Amann, Klaus (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Holmes, Seth M. (2012): The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States. In: *Social Science & Medicine* 74 (6), S. 873–881.
- Hunt, Paul; Backman, Gunilla (2008): Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health. In: *Health and Human Rights* 10 (1), S. 81–92.
- Hunter Bessa, Gina de (2006): Medicalization, Reproductive Agency, and the Desire for Surgical Sterilization among Low-Income Women in Urban Brazil. In: *Medical Anthropology* 25 (3), S. 221–263.

Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres) (August/2009): Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas. Panorama actual con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2006. Mexiko Stadt.

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) (2008): Programa de Revitalización, Fortalecimiento y Desarrollo de las Lenguas Indígenas Nacionales 2008-2012. Instituto Nacional de Lenguas Indígenas.

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) (2010a): Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales. Variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geostadísticas. Mexiko Stadt/Mexiko. Online verfügbar unter <http://www.inali.gob.mx/clin-inali/>.

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) (2010b): Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales. México, D.F. Online verfügbar unter <http://www.inali.gob.mx/clin-inali/>, zuletzt geprüft am 31.05.13.

Instituto Nacional Estadística, Geografía e. Informática (INEGI) (2005): INEGI. Uso de Suelo y Vegetación. Mexiko Stadt. Online verfügbar unter <http://www.inegi.org.mx>, zuletzt geprüft am 11.02.15.

Instituto Nacional Estadística, Geografía e. Informática (INEGI) (2010): Censo de Poblacion y Vivienda. Mexiko Stadt/Mexiko. Online verfügbar unter <http://www.inegi.org.mx/>, zuletzt geprüft am 11.02.15.

Izugbara, C.; Ezeh, A.; Fotso, J.-C (2008): The persistence and challenges of home-births: perspectives of traditional birth attendants in urban Kenya. In: *Health Policy and Planning* 24 (1), S. 36–45.

Jacobstein, Roy (2013): Lessons from the Recent Rise in Use of Female Sterilization in Malawi. In: *Studies in Family Planning* 44 (1), S. 85–95.

Jacobstein, Roy; Curtis, Carolyn; Spieler, Jeff; Radloff, Scott (2013): Meeting the need for modern contraception: Effective solutions to a pressing global challenge. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 121, S. 9.

Jenkins, Gwynne L. (2003): Burning bridges: policy, practice, and the destruction of midwifery in rural Costa Rica. In: *Social Science & Medicine* 56 (9), S. 1893–1909.

Jenkins, Richard (1997): Rethinking ethnicity. Arguments and explorations. London ; Thousand Oaks, Kalifornien: Sage.

Johanson, Richard; Newburn, Mary; Macfarlane, Alison (2002): Has the medicalisation of childbirth gone too far? In: *BMJ* 324, S. 892–895.

Jokhio, Abdul Hakeem; Winter, Heather R.; Cheng, Kar Keung (2005): An Intervention Involving Traditional Birth Attendants and Perinatal and Maternal Mortality in Pakistan. In: *The New England Journal of Medicine* 352, S. 2091–2099.

Jullien, Francois (2017): Es gibt keine kulturelle Identität. Berlin: Suhrkamp

Kerner, Ina (2012): Postkoloniale Theorie. Zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag

King, Malcolm; Smith, Alexandra; Gracey, Michael (2009): Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. In: *The Lancet* 374, S. 76–85.

Kleining, gerhard (1995): Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung. In: Uwe Flick (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, S. 11–22.

Kleinman, Arthur; Benson, Peter (2006): Anthropology in the Clinic: The Problem of

Cultural Competency and How to Fix it. In: *PLoS Medicine* 3 (10), S. 1673–1676.

Knaul, Felicia Marie; González-Pier, Eduardo; Gómez-Dantés, Octavio; García-Junco, David; Arreola-Ornelas, Héctor; Barraza-Lloréns, Mariana; Sandoval, Rosa; Caballero, Francisco; Hernández-Avila, Mauricio; Juan, Mercedes; Kershenovich, David; Nigenda, Gustavo; Ruelas, Enrique; Sepúlveda, Jaime; Tapia, Roberto; Soberón, Guillermo; Chertorivski, Salomón; Frenk, Julio (2012): The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. In: *The Lancet* 380 (9849), S. 1259–1279.

Knipper, Michael (2000/2001): Zwischen mal aire und Malaria – Medizinischer Pluralismus bei den Naporuna im Amazonastiefland von Ecuador. In: *Indiana* 17-18, S. 289–312.

Knipper, Michael (2003): Krankheit, Kultur und medizinische Praxis. Eine medizinethnologische Untersuchung zu "mal aire" im Amazonastiefland von Ecuador. Münster: Lit.

Knipper, Michael (2006): El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea. In: Gerardo Fernández Juárez (Hg.): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. 1. Aufl. Quito: Ediciones Abya-Yala, S. 413–432.

Knipper, Michael (2007): Indianische Heilkunde im politischen Raum: Die Entwicklung der 'traditionellen Medizin' in Ecuador um die Wende zum 21. Jahrhundert. In: Christian Büschges und Joanna Pfaff-Czarnecka (Hg.): *Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitiken in Lateinamerika, Asien und den USA*. Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 216–247.

Knipper, Michael (2014): Vorsicht Kultur! Ethnologische Perspektiven auf Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt. In: Michae Coors, Tatjana Grützmann und Tim Peters (Hg.): *Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege* ; [Tagung "das Fremde Verstehen. Interkulturalität und Ethische Konflikte in Medizin und Pflege ... 6. - 7. Juni 2012 in Hannover]. Göttingen: Ed. Ruprecht (Edition Ethik, 13), S. 52–69.

Knipper, Michael; Bilgin, Yasar (2009): *Migration und Gesundheit*. Sankt Augustin ;, Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung.

Knipper, Michael; Wolf, Angelika (2004): Methoden und Methodologie medizinethnologischer Forschung. In: *Curare* 27 (1-2), S. 61–72.

Koblinsky, M. A.; Campbell, O.; Heichelheim, J. (1999): Organizing delivery care: what works for safe motherhood? In: *Bulletin of the World Health Organization* 77 (5), S. 399–406.

Kohl, Karl-Heinz (2000): *Ethnologie - die Wissenschaft vom kulturell Fremden*. Eine Einführung. 2. Aufl. München: C.H. Beck.

Kuper, Adam (2005): Indigenous people: an unhealthy category. In: *The Lancet* 366 (9490), S. 983.

Lakin, Jason M. (2010): The End of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2011-2007. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35 (3), S. 313–352.

Lambo, Jonathan A.; Nagulesapillai, Tharsiya (2012): Neonatal tetanus elimination in Pakistan: progress and challenges. In: *International Journal of Infectious Diseases* 16 (12), S. e833.

Langer, Ana (2002): El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. In: *Rev Panam Salud Publica* 11 (3), S. 192–205.

Lede, Roberto L.; Belizán, José M.; Carroli, Guillermo (1996): Is routine use of episio-

- tomy justified? In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 174 (5), S. 1399–1402.
- Lerín Piñón, Sergio (2004): Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. In: *Desacatos* (16), S. 111–125.
- Lévi-Strauss, Claude (1993): *Traurige Tropen*. 9. Aufl. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Liangputtong, Pranee; Yimyam, Susanha; Parisunyakul, Sukanya; Baosoung, Chavee; Sansiriphun, Nantaporn (2005): Traditional beliefs about pregnancy and child birth among women from Chiang Mai, Northern Thailand. In: *Midwifery* 21 (2), S. 139–153.
- Liu, Li; Johnson, Hope L.; Cousens, Simon; Perin, Jamie; Scott, Susana; Lawn, Joy E.; Rudan, Igor; Campbell, Harry; (2012): Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. In: *The Lancet* 379 (9832), S. 2151–2161.
- Liu, Shiliang; Liston, Robert M.; Joseph, K. S.; Heaman, Maureen; Sauve, Reg; Kramer, Michael S. (2007): Maternal mortality and severe morbidity associated with lowrisk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. In: *Canadian Medical Association Journal* 176 (4), S. 455–460.
- Long, Debbi; Hunter, Cynthia L.; van der Geest, Sjaak (2008): When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. In: *Anthropology and Medicine* 15 (2), S. 71–78.
- Loudon, Irvine (1992): *Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal mortality, 1800-1950*. Oxford; New York: Clarendon Press; Oxford University Press.
- Lowenberg, June S. (1995): Health Promotion and the “Ideology of Choice”. In: *Public Health Nursing* 12 (5), S. 319–323.
- Lozano, Rafael; Gómez Dantés, Héctor; Castro, María Victoria; Franco Marina, Francisco; Santos Preciado, José I. (2011): Avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en Mesoamérica. In: *Salud pública de México* 53 (3), S. 295–302.
- Luna Gaona, Francisco de (2011): Cólera y rotavirus azotan Filomeno Mata. In: *Imagen del Golfo*, 27.04.2011. Online verfügbar unter <http://www.imagendelgolfo.com.mx/resumen.php?id=242848>.
- Luna Gaona, Francisco de (2012): Capacitan a parteras en la zona norte. In: *Imagen del Golfo*, 18.04.2012. Online verfügbar unter <http://www.imagendelgolfo.com.mx/resumen.php?id=308803>.
- Lux, Thomas (2003): Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss. In: Thomas Lux (Hg.): *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin - Medizinethnologie - Medical Anthropology*. Berlin: Reimer, S. 145–176.
- Maimbolwa, Margaret C.; Yamba, Bawa; Diwan, Vinod; Ransjö Arvidson, Anna Berit (2003): Cultural childbirth practices and beliefs in Zambia. In: *Journal of Advanced Nursing* 43 (3), S. 263–274.
- Maine, Deborah (2007): Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction. In: *The Lancet* 370, S. 1380–1382.
- Maine, Deborah; Rosenfield, Allan (1999): The safe motherhood initiative : Why has it stalled? In: *American Journal of Public Health* 89 (4), S. 480–482.
- Malinowski, Bronislaw (2001): *Argonauten des westlichen Pazifik. Ein Bericht über Unternehmungen und Abenteuer der Eingeborenen in den Inselwelten von Melanesisch-Neuguinea*. 2. Aufl. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz.

- Marmot, Michael (2005): Social determinants of health inequalities. In: *The Lancet* 365, S. 1099–1104.
- Martínez Martínez, Juan Carlos (2007): México. El reconocimiento de los derechos indígenas en México. In: Denise Gonzáles Zamalloa und Isabel Oliva Viguria (Hg.): Población indígena. Derechos y participación : aportes al debate multicultural desde la perspectiva nacional y regional : memoria de las sesiones públicas realizadas en el Congreso de la República del Perú los días 2, 9, 23 y 30 de marzo de 2007, Bd. 1. 1. Aufl. 1 Band. Lima, Perú: Konrad Adenauer Stiftung; Congreso de la República, Comisión de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos, Ambiente y Ecología, S. 117–130.
- Masferrer Kan, Elio (2004): Pueblos Indígenas del México contemporáneo. Totonacos. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mexiko Stadt.
- Maybury-Lewis, David (1997): Indigenous peoples, ethnic groups, and the state. Boston: Allyn and Bacon.
- Menéndez, Eduardo L. (2006): Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas. In: Gerardo Fernández Juárez (Hg.): Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. 1. Aufl. Quito: Ediciones Abya-Yala, S. 51–66.
- Menéndez, Eduardo L. (2009): De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas. In: *Salud Colectiva* 5 (2), S. 155–179.
- Menéndez, Eduardo L.; Di Pardo, Renée B. (2009): Miedos, riesgos e inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe. 1. Aufl. México, D.F: CIESAS.
- Meyer, Thorsten (2007): Kritische Bewertung von qualitativen Studien. In: Regina Kunz und Marga Cox (Hg.): Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Mit 60 Abbildungen und 85 Tabellen. Unter Mitarbeit von G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz und N. Donner-Banzhoff. 2. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl., S. 159–176.
- Mignone, Javier; Barlett, Judith; O'Neil, John; Orchard, Treena (2007): Best practices in intercultural Health: five case studies in Latin America. In: *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 3 (31), S. 1–11.
- Mikkonen, Juha; Raphael, Dennis (2010): Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto.
- Miller, Peter C.; Rashida, Gul; Tasneem, Zeba; Haque, Minhaj ul (2012a): The effect of traditional birth attendant training on maternal and neonatal care. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 117 (2), S. 148–152.
- Miller, Peter C.; Rashida, Gul; Tasneem, Zeba; Haque, Minhaj ul (2012b): The effect of traditional birth attendant training on maternal and neonatal care. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 117 (2), S. 148–152.
- Miller, S.; Cordero, M.; Coleman, A. L.; Figueroa, J.; Brito-Anderson, S.; Dabagh, R.; Calderon, V.; Cáceres, F.; Fernandez, A. J.; Nunez, M. (2003): Quality of Care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 82 (1), S. 89–103.
- Moctezuma Pérez, Sergio (2011): Factores que intervienen en la migración de indígenas totonacos de Veracruz. In: *Ra Ximhai* 7 (3), S. 415–425.
- Mols, Manfred (1981): Mexiko im 20. Jahrhundert. Politisches System, Regierungspro-

- zess und politische Partizipation. Paderborn: Schöningh (Internationale Gegenwart, 4).
- Molyneux, Maxine (2006): Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progresas/Oportunidades, Mexico's Conditional Transfer Programme. In: *Social Policy & Administration* 40 (4), S. 425–449.
- Montenegro, Raul A.; Stephens, Carolyn (2006): Indigenous Health in Latin America and the Caribbean. In: *The Lancet* 367, S. 1859–1869.
- Morales Lara, Saúl (2008): Estudios lingüísticos del Totonacapan. In: *An. Antrop.* 42, S. 201–225.
- Morgan, David L. (1996): Focus Groups. In: *Annual Review of Sociology* 22, S. 129–152.
- Mullany, L. C.; Darmstadt, G. L.; Katz, J.; Khatry, S. K.; LeClerq, S. C.; Adhikari, R. K.; Tielsch, J. M. (2006): Risk Factors for Umbilical Cord Infection among Newborns of Southern Nepal. In: *American Journal of Epidemiology* 165 (2), S. 203–211.
- Muthal-Rathore A. (2010): Immediate postpartum insertion for intrauterine devices: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library; World Health Organization. Genf. Online verfügbar unter http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/cd003036_muthalrathorea_com/en/, zuletzt aktualisiert am 01.09.2013.
- Nesheim, Britt Ingjerd (1988): Duration of Labor: An analysis of influencing factors. In: *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 67 (2), S. 121–124.
- Newacheck, Paul W.; Hung, Yun Yi; Jane Park, M.; Brindis, Claire D.; Irwin, Charles E. (2003): Disparities in Adolescent Health and Health Care: Does Socioeconomic Status Matter? In: *Health Serv Res* 38 (5), S. 1235–1252.
- Observatorio de Mortalidad Materna (2010): La muerte materna tiene rostro. Indicadores.
- Observatorio de mortalidad materna en México (2012): Boletín de mortalidad materna 2012. Mexiko Stadt.
- Open Society Foundations (OSF) (Hg.) (Oktober/2011): Against her Will. Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide. Online verfügbar unter <http://www.opensocietyfoundations.org/publications/against-her-will-forced-and-coerced-sterilization-women-worldwide>, zuletzt geprüft am 22.09.13.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2012): OECD Health Data 2012. Online verfügbar unter <http://www.oecd.org/health/bycountry/>.
- Ortiz Espejel, Benjamín (1995): La cultura asediada: espacio e historia en el trópico veracruzano (el caso del Totonacapan). Mexiko Stadt: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Otis, Kelsey E.; Brett, John A. (2008): Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home? In: *Rev Panam Salud Publica* 24 (1), S. 46–53.
- Pathmanathan, Indra; Liljestrand, Jerker; Martins, Jo M.; Rajapaksa, Lalini C.; Lissner, Craig; Silva, Amala de; Selvaraju, Swarna; Joginder Singh, Prabha (2003): Investing in Maternal Health. Learning from Malaysia and Sri Lanka. Washington, DC: The World Bank.
- Paz, Octavio (1998): Das Labyrinth der Einsamkeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Popay, Jennie; Escorel, Sarah; Hernández, Mario; Johnston, Heidi; Mathieson, Jane; Rispel, Laetitia (Februar/2008): SEKN. Understanding and Tackling Social Exclusion. Hg. v. CSDH.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2010): Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México - El reto de la desigualdad de oportunidades. Mexiko Stadt: PNUD.

Puentes Rosas, Esteban; Gómez Dantés, Octavio; Garrido Latorre, Francisco (2004): Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. In: *Salud pública de México* 46 (1), S. 16–22.

Rabe, Thomas (2011): Familienplanung und Empfängnisverhütung bei der Frau in Deutschland. In: Rolf Kreienberg und Hans Ludwig (Hg.): 125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Werte, Wissen, Wandel. Berlin: Springer, S. 555–586.

Ramírez Hita, Susana (2009): La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad Potosí. In: *Salud Colectiva* 5 (1), S. 63–85.

Ramírez Hita, Susana (2011): Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano. La Paz: Instituto Superior Ecuaménico Andino de Teología.

Randeria, Shalini (1999): Geteilte Geschichte und verwobene Moderne. In: Rösen, Jörn (Hg.): Zukunftsentwürfe: Ideen für eine Kultur der Veränderung. Frankfurt am Main/ New York: Campus-Verlag

Redfield, Robert (1940): The Indian in Mexico. In: *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 208, S. 132–143.

Remez, L. (1990): Mexican Fertility Falls as Female Sterilization Becomes More Popular. In: *International Family Planning Perspectives* 16 (1), S. 36–38.

Rojas Conejo, Daniel (2007): Indigene Kulturidentität im Spannungsfeld zwischen Tradition und Moderne. Der Fall des Bribri-Volkes in Costa Rica. Marburg: Curupira.

Ronsmans, Carine; Graham, Wendy J. (2006): Maternal mortality: who, when, where, and why. In: *The Lancet* 368 (9542), S. 1189–1200.

Roost, Mattias; Johnsdotter, Sara; Liljestrang, Jerker; Essen, Birgitta (2004): A qualitative study of conceptions and attitudes regarding maternal mortality among traditional birth attendants in rural Guatemala. In: *BJOG: An Internal Journal of Obs Gyn* 111, S. 1372–1377.

Rosenfield, Allan; Maine, Deborah (1985): Maternal Mortality - A Neglected Tragedy. Where is the M in MCH? In: *The Lancet*, S. 83–85.

Rubel, Arthur J.; O'Neill, Carl W.; Collado-Ardón, Rolando (1989): Susto, una enfermedad popular. 1. Aufl. Mexiko Stadt: Fondo de cultura económica (Colección popular, 405).

Ryan, William (1976): Blaming the victim. Rev., updated ed. New York: Vintage Books.

Salaverry, Oswaldo (2010): Interculturalidad en Salud. In: *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 27 (1), S. 80–93.

Sauerwald, Gregor; Bauer, Brigitte; Engelhardt, Paulus; Rainer, Michael J. (1996): Armut und soziale Arbeit. Erfahrungen, Perspektiven und Methoden im internationalen Kontext ; interdisziplinäre Arbeitsschrift zum 60. Geburtstag von Gregor Sauerwald. Münster: Lit (Praxis und Forschung, 14).

Schiffauer, Werner (1997): Fremde in der Stadt. Zehn Essays über Kultur und Differenz. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch, 2699).

Schmal, John P. (2004): The Hispanic Experience. Indigenous Identity in the Mexican

- Census. Houston Institute for Culture. Online verfügbar unter <http://www.houstonculture.org/hispanic/census.html>.
- Schofield, F. D.; Tucker, V. M.; Westbrook, G. R. (1961): Neonatal Tetanus in New Guinea. In: *British Medical Journal* 2 (5255), S. 785–789.
- Schulz, Christiane (2002): Der langwierige Kampf um die Durchsetzung indigener Rechte in Mexiko. In: *Brennpunkt Lateinamerika* (6).
- Schutter, Martine Maria Adriana de (2000): El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva (2). In: *Rev Panam Salud Publica* 7 (6), S. 418–424.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2010): Microrregiones. Online verfügbar unter <http://www.microrregiones.gob.mx/>.
- Secretaría de Salud (ohne Datum): Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional. Guía de Implantación. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud; Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Mexiko Stadt.
- Secretaría de Salud (2014): Seguro Popular. Que es? Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Mexiko Stadt. Online verfügbar unter <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php/conocenos/seguro-popular-1>, zuletzt geprüft am 07.05.14.
- Secretaría de Salud del Estado de Veracruz (2012): Salud Pública. Programa de Salud Indígena con enfoque intercultural. Xalapa, Mexiko. Online verfügbar unter <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/promocion/salud-indigena/>.
- Shafiqul Islam, M.; Mujibur Rahaman, M.; Aziz, K. M. S.; Munshi, M. H.; Mizanur Rahman; Yakub Patwari (1982): Birth Care Practice and Neonatal Tetanus in a Rural Area of Bangladesh. In: *Journal of Tropical Pediatrics* 28, S. 299–302.
- Shi, Leiyu; Stevens, Gregory D. (2005): Disparities in access to care and satisfaction among U.S. children: the roles of race/ethnicity and poverty status. In: *Public Health Rep* 120 (4), S. 431–441.
- Shiffman, Jeremy; Smith, Stephanie (2007): Generation of political priority for global health initiatives: a framework and casa study of maternal mortality. In: *The Lancet* 370, S. 1370–1379.
- Siegrist, Johannes (1982): Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung im Krankenhaus. In: Beckmann, D (eds): *Medizinische Psychologie*. Berlin, Heidelberg. Springer-Verlag, S. 106-138
- Silver, Robert M.; Landon, Mark B.; Rouse, Dwight J.; Leveno, Kenneth J.; Spong, Catherine Y.; Thom, Elizabeth A.; Hoawad, Atef H.; Caritis, Steve N.; Harper, Margaret; Wapner, Ronald J.; Sorokin, Yoram; Miodovnik, Menachem; Carpenter, Marshall; Peaceman, Alan M.; O'Sullivan, Mary J.; Sibai, Baha; Langer, Oded; Thorp, John M.; Ramin, Susan M.; Mercer, Brian M. (2006): Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries. In: *Obstetrics & Gynecology* 107 (6), S. 1225–1231.
- Singh, Susheela; Darroch, Jacqueline E. (2012): Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services. Hg. v. Guttmacher Institut und UNFPA. Online verfügbar unter <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>, zuletzt geprüft am 22.09.13.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) (o.D.): Veracruz de Ignacio de la Llave Defunciones maternas según municipio, 2002-2007. Mexiko Stadt. Online verfügbar unter <http://sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/>, zuletzt aktualisiert am

07.11.2011, zuletzt geprüft am 25.11.2013.

Smith, Jason B.; Coleman, Nil A.; Fortney, Judith A.; Graft Johnson, Joseph de; Blumhagen, Dan W.; Grey, Thomas W. (2000): The impact of traditional birth attendant training on delivery complications in Ghana. In: *Health Policy and Planning* 15 (3), S. 326–331.

Smith Oka, Vania (2009): Unintended consequences: Exploring the tensions between development programs and indigenous women in Mexico in the context of reproductive health. In: *Social Science & Medicine* 68, S. 2069–2077.

Smith Oka, Vania (2012): Bodies of risk: Constructing motherhood in a Mexican public hospital. In: *Social Science & Medicine* 75 (12), S. 2275–2282.

Spivak, Gayatri Chakravorty (1990): *The Post-Colonial Critic: Interviews, Strategies, Dialogues*. London: Routledge

Sommerhoff, Gerhard; Weber, Christian (1999): *Mexiko. Mit 55 Tabellen*. Darmstadt: Wiss. Buchges. (Wissenschaftliche Länderkunden).

Souza, J. P.; Gümezoglu, A. M.; Lumbiganon, P.; Carroli, G.; Fawole, B.; Ruyan, P. (2010): Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. In: *BMJ Medicine* 8 (71), S. 1–10.

Stavenhagen, Rodolfo (1980): *Problemas étnicos y campesinos*. México, D.F: Instituto Nacional Indigenista.

Strasser, Sabine (2010): Ist der Multikulturalismus noch zu retten? Ein Konzept auf dem Prüfstand von Wissenschaft, Politik und Recht. In: Sabine Strasser (Hg.): *Multikulturalismus queer gelesen. Zwangsheirat und gleichgeschlechtliche Ehe in pluralen Gesellschaften*. Frankfurt am Main, New York, NY: Campus-Verl. (Reihe "Politik der Geschlechterverhältnisse", 41), S. 342–366.

Sutton, Peter (2005): The politicisation of disease and the disease of politicisation: causal theories and Indigenous health differential. 8th National rural health conference. Northern Territory.

Taylor, Janelle S. (2003): Confronting "Culture" in Medicine's "Culture of No Culture". In: *Academic Medicine* 78 (6), S. 555–559.

Thaddeus, Sereen; Maine, Deborah (1994): Too far to walk: Maternal mortality in context. In: *Soc. Sci. Med.* 38 (8), S. 1091–1110.

The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH) (2011): *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH)*. PMNCH. Genf.

The World Bank (1984): *World Development Report, 1984*. New York: Oxford University Press (A d Bank Publication).

The World Bank (Hg.) (2013): *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010. Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Online verfügbar unter <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>, zuletzt geprüft am 19.11.2013.

Titaley, Christiana R.; Hunter, Cynthia L.; Dibley, Michael J.; Heywood, Peter (2010): Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery?: a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. In: *BMC Pregnancy & Childbirth* 10 (43), S. 1–14.

Tobler, Hans Werner (1984): *Die mexikanische Revolution. Gesellschaftlicher Wandel*

- und politischer Umbruch, 1876-1940. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Tobler, Hans Werner (2004): Die Revolution und die Entwicklung Mexikos im 20. Jahrhundert. In: Walther L. Bernecker (Hg.): Mexiko heute. Politik, Wirtschaft, Kultur. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Vervuert (Bibliotheca Ibero-Americana, 98), S. 65–86.
- Torri, Maria Costanza (2010): Health and indigenous People: Intercultural Health as a New Paradigma Toward the Reduction of Cultural and Social Marginalization? In: *World Health & Population* 12 (1), S. 30–41.
- Tucker, Jennifer (2010): Are Mexico's Conditional cash transfers missing the target? In: *PolicyMatters Journal*.
- UNFPA (2012): By choice, not by chance. Family planning, human rights and development. New York, NY: United Nations Publication Fund (State of world population, 2012).
- United Nations (UN) (December/1966): International Covenant on Civil and Political Rights. CCPR. Online verfügbar unter <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr.pdf>, zuletzt geprüft am 06.01.14.
- United Nations (UN) (Dezember/1966): International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. ICESCR. Online verfügbar unter <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
- United Nations (UN) (Juli/1985): Report of the World Conference to Review and Appraise the Achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace. Nairobi. Online verfügbar unter http://www.5wwc.org/downloads/Report_of_WCW-1985.pdf, zuletzt geprüft am 19.11.2013.
- United Nations (UN) (September/1994): ICPD Programme of Action. Fundstelle: UNFPA. Online verfügbar unter <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>, zuletzt geprüft am 06.01.14.
- United Nations (UN) (September 2000): United Nations Millennium Declaration. Online verfügbar unter <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>.
- United Nations (UN) (2012): Millenniums-Entwicklungsziele. Bericht 2012. Genf.
- United Nations (UN) (2012): World Contraceptive Use 2012. (POP/DB/CP/Rev2012). Department of Economic and Social Affairs; Population Division. Online verfügbar unter <http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html>, zuletzt geprüft am 13.09.13.
- United Nations Development Group (UN) (2003): Indicators for monitoring the Millennium Development Goals. Definitions, rationale, concepts and sources. New York: United Nations.
- United Nations (UN); Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) (November/2000): The right to the highest attainable standard of health. 14. Aufl. Genf.
- Uribe, Patricia; Ruiz, Cuitláhuac; Morales, Eduardo (2009): La Mortalidad Materna en México, Estrategias y Desigualdades. In: Garciela Freyermuth und Sesia Paola (Hg.): La Muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México; CIESAS, S. 55–67.
- Valderrama Rouy, Pablo (2005): The Totonac. In: Alan R. Sandstorm und E. Hugo García Valencía (Hg.): Native Peoples of the Gulf Coast of Mexico: The University of Arizona Press, S. 187–210.

- Vega Estrada, Sergio la de; Téllez Vázquez, Yolanda; López Ramírez, Jorge (2012): Índice de marginación por localidad 2010. 1. Aufl. Mexiko Stadt: Consejo Nacional de Población (Colección Índices sociodemográficos). Online verfügbar unter http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_de_Marginacion_por_Localidad_2010.
- Velázquez Hernández, Emilia (1995): Cuando los arrieros perdieron sus caminos. La conformación regional del Totonacapan. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Verwey, Martine (2003): Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit. In: Thomas Lux (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin - Medizinethnologie - Medical Anthropology. Berlin: Reimer, S. 277–307.
- Villegas Poljak, Asia (2009): La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. In: *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 14 (32), S. 125–146.
- Volpp, Leti (2000): Blaming Culture for Bad Behavior. In: *Yale Journal of Law & the Humanities* 12, S. 89–116.
- Waldenfels, Bernhard (2013): Topographie des Fremden. 6. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Walker, Dilys; DeMaria, Lisa M.; Suarez, Leticia; Cragin, Leslie (2012): Skilled Birth Attendants in Mexico: How Does Care During Normal Birth by General Physicians, Obstetric Nurses, and Professional Midwives Compare With World Health Organization Evidence-Based Practice Guidelines? In: *Journal of Midwifery & Women's Health* 57 (1), S. 18–27.
- Wermke, Matthias; Drosowski, Günther (1996): Duden, Deutsches Universalwörterbuch. Auf der Grundlage der neuen amtlichen Rechtschreibregeln. 3. Aufl. Mannheim, Leipzig [u.a.]: Dudenverl.
- WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank (2000): Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors. Geneva: Dept. of Reproductive Health and Research, World Health Organization.
- Wiborny, R. (2005): Kritische Betrachtung der Tubenligatur. In: *Journal für Fertilität und Reproduktion* 15 (4), S. 23–27.
- Wimmer, Andreas (1996): Zur Reformierung eines sozialanthropologischen Grundbegriffs. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48 (3), S. 401–425.
- World Health Organization (WHO) (ohne Datum): Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health. Online verfügbar unter http://www.who.int/social_determinants/en/, zuletzt geprüft am 27.01.2014.
- World Health Organization (WHO) (1978): Declaration of Alma-Ata. Alma Ata. Online verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>, zuletzt geprüft am 18.11.2013.
- World Health Organization (WHO) (1985): Appropriate Technology for Birth. In: *The Lancet* 326 (8452), S. 436–437.
- World Health Organization (WHO) (2000): General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Genf. Online verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf.
- World Health Organization (WHO) (2003): The solid facts. Unter Mitarbeit von Richard Wilkinson und Michael Marmot. 2. Aufl. Kopenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (Oktober/2006): Constitution of the World Health

Organization. Online verfügbar unter http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.14.

World Health Organization (WHO) (2010): ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10. Aufl. Genf/Schweiz.

World Health Organization (WHO) (2013a): Addressing social determinants of health through intersectoral actions. Five public policy cases from Mexico (Social determinants of health discussion paper. Contributing to the project, the economics of social determinants of health, 6).

World Health Organization (WHO) (2013b): Sexual and reproductive health. Unmet need for family planning. World Health Organization. Genf. Online verfügbar unter http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/.

World Health Organization (WHO) (November/2013): The right to health. Online verfügbar unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>, zuletzt aktualisiert am November/2013, zuletzt geprüft am 06.01.14.

World Health Organization (WHO) (Hg.) (2012): World Health Statistics 2012. Health-related Millennium Development Goals. Genf. Online verfügbar unter http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/index.html.

Yanes, Pablo (2011): Mexico's Targeted and Conditional Transfers: Between Oportunidades and Rights. In: *Economic & Political* 46 (21), S. 49–54.

Ye, Jiangfeng; Betrán, Ana Pilar; Vela, Miguel Guerrero; Souza, João Paulo; Zhang, Jun (2014): Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. In: *Birth*, S. n/a.

Yildirim Fahlbusch, Yavuz (2003): Türkische Migranten. Kulturelle Missverständnisse. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100 (18), S. 1179–1181.

Young, James C.; Young Garro, Linda (1982): Variation in the choice of treatment in two mexican communities. In: *Social Science & Medicine (1967)* 16, S. 1453–1465.

15. Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder

im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

16. Danksagung

Besonderen Dank möchte ich meinem Doktorvater Michael Knipper aussprechen, der mich seit mehreren Jahren bei der Umsetzung meiner Forschung tatkräftig unterstützte und bis zur Vollendung meiner Dissertation begleitete. Auch meinen beiden formellen Betreuern während der Feldforschung in Mexiko, Gunther Dietz und Francisco J. Pancardo Escudero, möchte ich ganz herzlich für ihre Unterstützung danken. Natürlich möchte ich mich auch beim gesamten medizinischen Personal der Gesundheitseinrichtungen, in denen ich tätig sein durfte, bedanken. Hier möchte ich besonders Jonatan Candelario Crisanto danken, der mich in seinem Zuhause aufgenommen hat.

Außerdem möchte ich Inessa Markus, Isabelle Rosin, Matthias Kelbling, Matthias Fischer, Mareike Wald, Nico Altenhoff, Jasmin Jerat, Tini Skrandies und Beike Sumfleth für ihre Unterstützung während des mühseligen Schreibprozesses danken. Abschließend möchte ich allen Freunden und meiner Familie für die seelische Unterstützung und motivierenden Worte während der Zeit in Mexiko und Deutschland Danke sagen.

**Der Lebenslauf wurde aus der elektronischen
Version der Arbeit entfernt.**

**The curriculum vitae was removed from the
electronic version of the paper.**