



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

## **INTERKULTURELLE KOMPETENZ IN DER ARZT- PATIENTEN-INTERAKTION**

Verfasser

**ANDREAS BLIEM**

angestrebter akademischer Grad

**Magister der Philosophie (Mag.phil.)**

Wien, August 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuer: Univ.-Prof. DDr. Armin Prinz

# Danksagung

Während des Studiums und der Arbeit an dieser Diplomarbeit haben mich viele Personen unterstützt, denen ich hiermit danken möchte:

**Meiner Freundin Edina und meinen beiden Kindern** die mir stets unterstützend bei Seite gestanden sind und mir auch in schweren Zeiten geholfen haben, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren.

**Meinen Eltern und meiner Schwiegermutter** die mir die Zeit und den Raum ermöglicht haben, das Studium zu absolvieren und diese Diplomarbeit zu schreiben.

**Meinen Geschwistern**, die mir bei Problemen immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind.

**Meinem Betreuer Univ.-Prof. Dr. Manfred Kremser und meinem Begutachter Univ.-Prof. DDr. Armin Prinz** die mir bei der Ausarbeitung dieser Diplomarbeit unterstützt und immer wieder weitergeholfen haben, als auch dem gesamten Institut der Kultur- und Sozialanthropologie sowie der Ethnomedizin für die angenehme Zeit während meines Studiums.

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	9
2. Migration .....	11
2.1 Definitionen von Migration .....	11
2.2 Ursachen für Migration.....	12
2.2.1 Arbeitsmigration.....	12
2.2.2 Fluchtmigration .....	13
2.2.2.1 Genfer Flüchtlingskonvention .....	14
2.2.2.2 Deklaration von Cartagena .....	14
2.2.3 Der „proaktive“ und „reaktive“ Flüchtling .....	14
2.3 Migration im 20.Jahrhundert in Österreich.....	15
2.3.1 Fluchtbewegungen .....	15
2.3.2 Anwerbung von Gastarbeitern .....	16
2.3.3 Migration heute .....	16
2.4 Ethnologie und Migration .....	17
2.4.1 Der Fremde bei Simmel .....	18
2.4.2 Die „ethnische“ Gruppe .....	19
2.4.3 Ethnizität .....	19
2.4.3.1 Primordialismus.....	20
2.4.3.2 Konstruktivismus.....	20
2.4.3.3 Die Bedeutung primordialer Codes .....	21
2.4.3.4 Zur Entstehung „reflexiver Ethnizität“ .....	21
2.4.4 Neue Migrationsmuster und transnationale Migrationsforschung .....	22
3. Medical Anthropology .....	24
3.1 Ethnomedizin, Medizinethnologie oder Medical Anthropology .....	24

3.1.1 Ethnomedizin .....	24
3.1.2 Medizinethnologie.....	26
3.1.3 Medical Anthropology .....	26
3.2 Traditionslinien der Medical Anthropology .....	28
3.2.1 Empirizistische Tradition .....	29
3.2.2 Kognitive Anthropologie.....	29
3.2.3 Bedeutungszentrierte Tradition.....	30
3.2.4 Critical Medical Anthropology .....	32
3.3 Gesundheit und Kultur .....	32
3.3.1 Krankheit und ihre kulturelle Dimension.....	32
3.3.1.1 Westliche Konzepte von Krankheit.....	32
3.3.1.2 Geschichtliche Annäherungen an Krankheit in fremden Kulturen .....	33
3.3.1.2.1 Folk Illness.....	34
3.3.1.2.2 Kulturgebundenenes Syndrom .....	35
3.3.2 Krankheit und Kranksein .....	35
3.3.2.1 Interpretativer Ansatz .....	36
3.3.2.2 Krankheit und Kranksein bei Kleinmann .....	37
3.3.2.3 Krankheit und Kranksein als Wissensformen .....	38
3.3.2.4 Anthropologies of sickness.....	39
3.3.3 Pluralisierte Gesundheitssysteme .....	39
3.3.3.1 Der professionelle Sektor .....	40
3.3.3.2 Die Volksmedizin.....	41
3.3.3.3 Der laikale Sektor .....	42
3.3.4 Medizinethnologische Perspektiven auf den Körper .....	44
3.3.4.1 Erkrankung als gesellschaftliches Phänomen.....	44
3.3.4.2 Der soziale Körper.....	45

3.3.4.3 Der individuelle Körper.....	46
3.3.4.3.1 Nicht westliche Erkenntnislehren.....	46
3.3.4.3.2 Individuum und Selbst.....	47
3.3.4.3.3 Körperbilder.....	48
3.3.4.4 Die Körper-Politik.....	49
3.3.4.5 Die Körper-Ökologie.....	50
4. Migration und Gesundheit.....	51
4.1 Gesundheitliche Situation von Migranten in Österreich.....	51
4.1.1 Gesundheitszustand.....	51
4.1.2 Gesundheitsverhalten.....	52
4.1.3 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.....	52
4.2 Krankheitsrisiko Migration.....	52
4.2.1 Belastung der Migration.....	53
4.2.2 Fremdenfeindlichkeit.....	53
4.2.3 Arbeitsbedingungen.....	54
4.2.4 Familiäre Wandlungsprozesse.....	54
4.2.5 Asylsuchende.....	55
4.2.6 Illegalität.....	55
4.3 Erklärungsmodelle zu Gesundheitsfragen im Migrationskontext.....	56
4.3.1 Kulturalistisches Erklärungsmodell.....	56
4.3.2 Kontextbezogenes Erklärungsmodell.....	58
4.4 Probleme in der Arzt-Patienten-Interaktion.....	59
4.4.1 Probleme der sprachlichen Verständigung.....	59
4.4.1.1 Sprache und kulturelle Wirklichkeit.....	59
4.4.1.2 Sprache und Jargon.....	60
4.4.1.3 Unangemessene Sprachstrategien mit ausländischen Patienten.....	61

4.4.2 Die ethnokulturelle Barriere.....	61
4.4.2.1 Die Stadien der Arzt-Patienten-Interaktion.....	61
4.4.2.2 Aufklärungsbedürfnis.....	62
4.4.3 Die Schichtbarriere.....	63
4.4.4 Einstellung gegenüber heimischen Ärzten.....	63
4.4.5 Überweisungsverhalten heimischer Ärzte.....	64
4.5 Krankheitskonzepte und Symptompräsentation.....	64
4.5.1 Bedeutung von Gesundheits- und Krankheitskonzepte.....	64
4.5.2 Subjektive Krankheitskonzepte.....	65
4.5.2.1 Subjektive Theorien und Alltagswissen.....	66
4.5.2.2 Kulturspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit.....	66
4.5.3 Symptompräsentation.....	67
4.5.3.1 Schmerzsymptomatik.....	67
4.5.3.1.1 Schmerzwahrnehmung.....	68
4.5.3.1.2 Schmerzäußerung.....	68
4.5.3.1.3 Schmerzerleben.....	69
4.5.3.2 Somatisierungsneigung.....	71
4.5.4 Krankheitskonzepte südeuropäischer und kleinasiatischer Gesellschaften ...	73
4.5.4.1 Krankheit und Krankheitskausalitäten.....	73
4.5.4.2 Symptom und Grunderkrankung.....	74
4.5.4.3 Magisch introduzierte Erkrankungen.....	75
5. Interkulturelle Kompetenz.....	76
5.1 Aktuelle Debatte im deutschsprachigen Raum.....	77
5.1.1 Ziel interkultureller Kompetenz.....	78
5.1.1.1 Effizienz.....	78
5.1.1.2 Menschliche Weiterentwicklung.....	79

5.1.2 Generik / Spezifik interkultureller Kompetenz .....	79
5.1.2.1 Kulturspezifische Kompetenz .....	79
5.1.2.2 Kulturübergreifende Kompetenz .....	80
5.1.2.3 Allgemeine Sozialkompetenz .....	80
5.1.2.4 Transferfähigkeit allgemeiner Handlungskompetenz.....	81
5.1.3 Anwendungsgebiet interkultureller Kompetenz.....	82
5.1.3.1 Inter-nationale Interaktion .....	82
5.1.3.2 Inter-kollektive Interaktion.....	82
5.1.4 Kulturbegriff.....	83
5.1.4.1 Essentialistische Kulturbegriff .....	83
5.1.4.2 Kulturell hybride Identität .....	84
5.1.4.3 Zum Für und Wider von Kulturbegriffen .....	85
5.1.4.4 Der Kulturbegriff in Globalisierungszeiten.....	86
5.1.4.5 Kritische Weiterentwicklungen des Kulturbegriffes .....	87
5.1.4.5.1 Multikulturalität, Interkulturalität, Transkulturalität .....	87
5.1.4.5.2 Relativistische vs. Universalistische Position.....	88
5.2 Interkulturelle Kompetenzmodelle in der Medizin.....	89
5.2.1 Transkulturelle Pflege von Madeleine Leininger.....	90
5.2.1.1 Menschliche Fürsorge .....	90
5.2.1.2 Sunrise-Modell .....	91
5.2.2 Interkulturelle Kompetenzmodell von Jürgen Bolten .....	93
5.2.2.1 Interkulturelle Kompetenz.....	94
5.2.2.2 Zur Operationalisierung interkultureller Kompetenz .....	95
5.2.3 Transkulturelle Kompetenz von Dagmar Domenig .....	97
5.2.3.1 Transkulturelle Kompetenz .....	98
5.2.3.2 Transkulturelle Kompetenz als professionelles Handeln .....	99

5.2.3.2.1 Selbstreflexivität.....	100
5.2.3.2.2 Hintergrundwissen und transkulturelle Erfahrungen.....	101
5.2.3.2.3 Empathie und Verstehen.....	101
5.2.3.3 Transkulturelle Organisationsentwicklung.....	102
5.3 Medizinanthropologie und Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Lehre und Praxis.....	103
5.3.1 Medizinanthropologie in der medizinischen Lehre.....	103
5.3.2 Medizinanthropologie in der medizinischen Praxis.....	106
5.3.2.1 „Migrant-Friendly-Hospital“(MFH).....	106
5.3.2.2 „Andere Länder – andere Sitten“ .....	108
5.3.2.3 „Psychosoziale Betreuung von MigrantInnen“ .....	110
5.3.2.4 Interkulturelle Kompetenz für Gesundheitsberufe .....	111
6. Schlussbemerkung .....	112
7. Literatur .....	114

## 1. Einleitung

Durch die Globalisierung kommt es zunehmend zu einer Pluralität und einer ethnischen und kulturell-religiösen Heterogenität der Gesellschaft. Daraus folgend häufen sich die Interaktionen zwischen Personen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen. Davon sind nicht nur Entwicklungshelfer oder Manager von transnationalen Unternehmen betroffen, sondern zunehmend auch Berufe im Sozialwesen oder des öffentlichen Dienstes. Diese Entwicklung wird in den nächsten Jahren sicher noch zunehmen.

Auch Ärzte und andere im medizinischen Bereich tätige Personen werden zunehmend mit der Herausforderung einer kulturellen Diversität ihrer Klienten/Patienten konfrontiert. Viele sind dieser Herausforderung jedoch aufgrund fehlender Vorbereitung auf die spezifischen Probleme im Umgang mit Migranten nicht gewachsen. Die Folgen sind nicht nur Frustrationserlebnisse auf Seiten des medizinischen Personals, sondern auch eine schlechte Betreuung der Patienten in physischer und psychischer Hinsicht.

In dieser Arbeit soll durch vergleichender Literaturarbeit der Frage nachgegangen werden, zu welchen spezifischen Problemen es in der Arzt-Patienten Interaktion mit Migranten kommen kann und welche Lösungsansätze zur Zeit in der Literatur behandelt werden.

Im Kapitel 2.2 wird zuerst auf die allgemeinen Ursachen von Migration eingegangen um im Kapitel 2.3 die Migrationsbewegungen in Österreich im 20. Jahrhundert dar zu bringen. Kapitel 2.4 beschäftigt sich schließlich damit, welchen Beitrag die Ethnologie zur Migrationsforschung leistet. Dabei wird vor allem auf den Begriff der Ethnizität eingegangen. Dieser beschreibt, grob gefasst, „das jeweilige Verhältnis zwischen zwei oder mehreren Gruppen, unter denen die Auffassung vorherrscht, dass sie sich kulturell voneinander in wichtigen Fragen unterscheiden“ (Gingrich 2001: 102).

Im Kapitel 3. wird auf Themengebiete der Medical Anthropology eingegangen. Diese befasst sich schon lange mit verschiedenen heilkundlichen Wertesystemen vor dem Hintergrund ihrer soziokulturellen Rahmenbedingungen und versucht diese zu vergleichen. Viele ethnomedizinische Untersuchungen zeigen, dass ein und dasselbe

Symptom einer Krankheit in verschiedenen Kulturen anders wahrgenommen wird und dementsprechend auch anders in Sprache, Mimik und Gestik mitgeteilt wird. Krankheit wird auch insgesamt unterschiedlich definiert und bewertet (unterschiedliche Formen der Krankheitsvorstellung, Symptomempfindung, Symptomdarstellung und Krankheitsbewältigung).

Es werden hier jedoch nur medizinanthropologische Konzepte genereller Art erläutert, auf „kulturgebundenes“ Wissen wird größtenteils verzichtet. Das hat den Grund, dass es den Rahmen dieser Diplomarbeit bei weitem übersteigen würde, genau auf die medizinischen Systeme einzelner Kulturen einzugehen. Außerdem soll auch bedacht werden, dass es *den* ausländischen Patienten und dessen kulturspezifischen Verhalten an sich nicht gibt. Kulturspezifisches Verhalten variiert nicht nur zwischen Kulturen, sondern auch innerhalb einer Kultur und letztendlich auch zwischen Individuen. Formen kulturspezifischen Handelns und Verhaltens ausländischer Patienten in der medizinischen Versorgung genau zu beschreiben, impliziert somit immer die Gefahr einer problematischen Verallgemeinerung. Vielmehr sollen diese allgemeinen Konzepte zeigen, in wie weit medizinische Systeme variieren können und auch das eigene biomedizinische System kulturell geprägt ist.

Im 4. Kapitel wird der Zusammenhang von Migration und Gesundheit beschrieben. Dabei wird zuerst auf die aktuelle gesundheitliche Situation von Migranten in Österreich eingegangen. Dabei zeigt sich, dass diese schlechter ausfällt, als die bei Österreichern. Daraufhin wird erläutert inwieweit Migration als solches gesundheitsgefährdend ist. Im Kapitel 4.3 werden verschiedene Erklärungsmodelle im Bezug auf Migration und Gesundheit vorgestellt. Hier wird von zwei unterschiedlichen Positionen ausgegangen, dem kulturalistischen Modell und der kontextbezogenen Betrachtungsweise. Weiteres werden die spezifischen Probleme in der Arzt-Patienten-Interaktion beschrieben, wobei im besonderen auf das Problem verschiedener Krankheitskonzepte und der damit einhergehenden Symptompräsentationen eingegangen wird, da diese neben der Sprachschwierigkeit, als das größte Problem in der Arzt-Patienten-Interaktion gilt.

Im Kapitel 5. wird letztendlich auf das Konzept der interkulturellen Kompetenz eingegangen. Bevor dieses Konzept in den 90er Jahren im deutschsprachigen Raum populär wurde, stand meist noch der „kulturell Fremde“ im Mittelpunkt. Erst mit diesem Konzept wurden plötzlich auch eigene Vorstellungen, Gefühle und auch das eigene Handeln mit in Betracht gezogen. Was bedeutet aber interkulturelle Kompetenz? Überall wird es gefordert und als unverzichtbar angesehen, jedoch bleibt eine Beschreibung meist aus. Versucht man sich einen Überblick über das Thema zu verschaffen, zeigt sich, dass es eine riesige Anzahl von Definitionen und Konzepten dazu gibt. Daher wird im Kapitel 5.1 auf die aktuelle Debatte im deutschsprachigen Raum eingegangen, was denn interkulturelle Kompetenz sei. Dabei werden die generellen Unterschiede zwischen den verschiedenen Modellen aufgezeigt. Es wird besonders auf die Bedeutung des Kulturbegriffs eingegangen, da er als entscheidend für die Herangehensweise an ein solches Konzept gilt. Im Anschluss werden drei interkulturelle Kompetenzmodelle aus der Medizin vorgestellt. Hier zeigt sich schlussendlich, wie unterschiedlich an ein solches Konzept herangegangen wird und dass man von einer einheitlichen Lösung noch weit entfernt ist. Im Kapitel 5.3 wird letztendlich gezeigt, wie sich Medizinanthropologie und Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Lehre und Praxis in Österreich bereits etabliert hat.

## 2. Migration

### 2.1 Definitionen von Migration

Der Begriff stammt von dem lateinischen Wort „migrare“ (Auswanderung, wandern) ab. Das Wort Migration wird von Wissenschaftlern unterschiedlich definiert:

- „jede Ortsveränderung von Personen“ (Hoffmann-Nowotny 1970: 107)
- „Menschen, die dauerhaft oder für längere Zeit außerhalb ihres Herkunftslandes leben“(Castles 1993: 1)
- „die Ausführung einer räumlichen Bewegung, die einen vorübergehenden oder permanenten Wechsel des Wohnsitzes bedingt, eine Veränderung der Position also im physischen und im ‘sozialem Raum’“ (Albrecht 1972: 23)

- „daß Individuen aus einem Gesellschaftssystem in ein anderes überwechseln, wodurch direkt oder indirekt in beiden Systemen interne und externe Beziehungs- und Strukturveränderungen induziert werden“ (Ronzani 1980: 26)

Für alle Definitionen steht die räumliche Wanderung im Mittelpunkt. Die Soziologin Annette Treibel differenziert den Migrations-Begriff in verschiedene Aspekte:

- 1) Der räumliche Aspekt: Binnenwanderung (Land – Stadt) oder internationaler Wanderung.
- 2) Der zeitliche Aspekt: temporärer Wanderung (Saisonarbeiter) oder permanenter Wanderung.
- 3) Der Aspekt der Wanderungsentscheidung bzw. Wanderungsursache: freiwillige Wanderung (Arbeitsmigration) oder erzwungene Wanderung (Flucht, Vertreibung).
- 4) Der Aspekt des Umfangs der Migration: Individualwanderung, Kollektivwanderung oder Massenwanderung.

Auch diese Differenzierung ist nicht eindeutig. Vor allem der dritte Punkt ist umstritten und wird immer wieder Gegenstand politischer und moralischer Diskussionen. Menschen fliehen um ihr Leben vor Folter oder Diskriminierung zu schützen oder einfach dem Hungertod zu entgehen. Zwang und Freiwilligkeit mischen sich immer mehr (vgl. Treibel 1999: 20)

## 2.2 Ursachen für Migration

### 2.2.1 Arbeitsmigration

Everett S. Lee gilt als Begründer des Push-Pull-Modell. Danach gibt es Faktoren der Vertreibung (push) und Anziehung (pull), die Menschen zur Auswanderung veranlassen. Dabei gelten, neben anderen, vor allem ökonomische und demografische Faktoren (Arbeitsmarktsituation, Lohnniveau, Bevölkerungsentwicklung etc.) sowohl im Herkunftsort als auch in der Zielregion als Ursachen für Wanderungen (vgl. Lee 1972).

Haug und Pichler beschreiben den Einfluss von sozialen Netzwerken auf die Migrationsentscheidung, welche sich in drei Hypothesen einteilen lassen:

1. Die Ermutigungshypothese: einzelne Familienmitglieder werden ins Ausland geschickt, um die Daheimgebliebenen finanziell zu unterstützen.
2. Die Informationshypothese: Entscheidungen zur Migration werden durch gute Erfahrungen von bereits gewanderten gefördert.
3. Die Erleichterungshypothese: soziale Netzwerke im Zielort erleichtern die Aufenthaltssituation.

Soziale Netzwerke können zur Entstehung von sogenannten Migrationsketten führen, wenn die Migranten vor der Migration eine enge Beziehung hatten, und diese Beziehung der entscheidende Grund für die Wanderung ist. Meistens gehen solche Ketten von einem Pionier aus, der später den Ehepartner, Kinder und Verwandte nachholt (vgl. Haug und Pichler 1999: 262-265).

Für Rosemarie Feithen spielen neben beruflicher und sozialer Statusverbesserung auch persönliche Merkmale der wandernden Person für die Migrationsentscheidung eine wichtige Rolle. Nur so kann man erklären warum in derselben sozio-ökonomischen Lage einige auswandern und andere nicht (vgl. Feithen 1985: 55-58).

Obwohl Feithen den Grundannahmen des Push-Pull-Modell zustimmt, meint sie einleitend, dass „Wanderungsprozesse, die das Ergebnis komplexen menschlichen Verhaltens in sehr unterschiedlichen Entscheidungssituationen sind, kaum in einem allgemeingültigen Modell erklärt werden“ (Feithen 1985: 55) können.

### 2.2.2 Fluchtmigration

Unter dem Begriff „Migration“ werden häufig nur die Formen der freiwilligen Wanderung verstanden (Arbeitsmigration). Flucht als erzwungene Wanderung kann hierunter nicht subsumiert werden, da sie eigene Besonderheiten aufweist. Es hat sich jedoch die Praxis durchgesetzt dass Migration als Oberbegriff verwendet wird und in Arbeitsmigration und Fluchtmigration unterteilt wird. So wird deutlich, dass es sich bei

der Flucht nur um eine Form der Migration handelt, die Übergänge zu anderen Formen jedoch fließend sind (vgl. Treibel 1999: 157-158).

#### 2.2.2.1 Genfer Flüchtlingskonvention

Artikel 1 der Genfer Flüchtlingskonvention definiert einen Flüchtling als Person, die sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, und die wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Furcht vor Verfolgung hat und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren kann (vgl. UNHCR 2006).

#### 2.2.2.2 Deklaration von Cartagena

Ein Problem ist, dass Binnenflucht, Verschleppung, Vertreibung, Flucht vor Krieg oder Umweltkatastrophen in dieser Definition nicht mit eingeschlossen sind. Die Deklaration von Cartagena erweiterte den Flüchtlingsbegriff 1984 beträchtlich. Ihr zufolge sollen darunter auch Personen fallen, die ihr Land wegen „allgemeiner Gewalt, ausländischer Aggression, innerstaatlicher Konflikte, massiver Menschenrechtsverletzungen oder anderer, die öffentliche Ordnung ernsthaft störender Umstände“ verlassen haben (vgl. UNHCR 2005). Diese Deklaration konnte sich jedoch leider nicht weltweit festsetzen.

#### 2.2.3 Der „proaktive“ und „reaktive“ Flüchtling

Ich möchte hier noch auf die Unterscheidung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration eingehen. Für Richmond ist diese Unterscheidung nur politische relevant, da für ihn Migration, weder bei Flüchtling noch Arbeitsmigrant, kaum jemals freiwillig ist:

„Die Wahlmöglichkeit, die ein landloser Bauer hat, der von einem multinationalen, für den Export produzierenden Unternehmen vertrieben wurde, mögen Arbeitslosigkeit,

Betteln, Stehlen, Krankheit, Hunger und Tod für sich oder seine Familie sein. Eine ethnische oder politische Minderheit mag sich dem bewaffneten Widerstand anschließen, politischer Gefangenschaft, Folter oder Tod entgegensehen. In beiden Fällen sind die vorhandenen, begrenzten Optionen fürchterlich. Flucht ist eine dieser Optionen“ (Richmond zit. nach Treibel 1999: 166).

Für ihn sind Flüchtlinge auf einem Kontinuum zwischen zwei Extremen angesiedelt: dem „proaktiven“ und dem „reaktiven“ Flüchtling. Er ging aus von einem Kontinuum zwischen dem rationalen Verhalten des 'proaktiven' Migranten, der seinen Nutzen maximieren will, und dem 'reaktiven' Verhalten derjenigen, deren Grad an Freiheit ernsthaft gefährdet wird. Die große Mehrheit der internationalen Migranten (diejenigen eingeschlossen, die nach der Konvention als 'Flüchtlinge' bezeichnet werden) fallen irgendwo zwischen diese beiden Extreme. (vgl. Richmond 1992: 4).

Damit soll gezeigt werden, dass es sich bei Flüchtlingen nicht immer um Menschen ohne Entscheidungsmöglichkeiten handelt, sondern immer auch um Akteure.

## 2.3 Migration im 20. Jahrhundert in Österreich

### 2.3.1 Fluchtbewegungen

Die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts war geprägt von Flüchtlingswanderungen und Vertriebenen aufgrund der beiden Weltkriege. Rund 1 Million Deutsche die aus ihrer Heimat vertrieben wurden kamen nach Österreich, von denen die Hälfte auch sesshaft wurde. Anfangs stellten sie zwar aufgrund ihrer hohen Zahl ein Problem dar, jedoch mit dem steigenden Arbeitskräftebedarf im Wiederaufbau wurden sie schnell arbeitsrechtlich gleichgestellt und eingebürgert (vgl. Stieber 1995: 140).

Während den Flüchtlingskrisen des kalten Krieges war Österreich für hunderttausende Menschen, die auf der Flucht vor dem sowjetischen Machtbereich waren, die erste Anlaufstation. Österreich verstand sich aber nicht als Aufnahmeland, sondern lediglich als Transitstation für die endgültigen Bestimmungsländer (vgl. Bauböck/Perchinig 2004).

Zwischen 1955 und 1989 kamen vier große Gruppen von Ostflüchtlingen über Österreich in den Westen: Ungarn, Tschechoslowaken, Polen und Juden aus der Sowjetunion. Während der Ungarnkrise 1956 wurden die Flüchtlinge noch mit großer Hilfsbereitschaft empfangen. Je später die Flüchtlinge aus dem Osten kamen, umso weniger entsprachen sie in den Augen der österreichischen Öffentlichkeit, dem Bild der vom Stalinismus unterdrückten Freiheitskämpfer. Somit wurde die Aufnahmebereitschaft immer geringer, bis sie 1990 gegenüber den Flüchtlingen aus Rumänien in offene Ablehnung umschlug. Durch den Jugoslawienkrieg kamen Anfang der 90er noch einmal viele Flüchtlinge nach Österreich (vgl. Bauböck/Perchinig 2003).

### 2.3.2 Anwerbung von Gastarbeitern

Zu Beginn der 60er Jahre gab es wegen des starken Wirtschaftsaufschwunges und dem Mangel an Arbeitskräften Bedarf am Arbeitsmarkt. Ein erstes Anwerberabkommen mit Spanien 1962 blieb unwirksam. Erst durch Abkommen mit der Türkei und Jugoslawien kam es zur raschen Steigerung der Ausländerbeschäftigung. Das System der kontrollierten Anwerbung und Rotation stellte sich jedoch als zu starr und ineffizient heraus. Unternehmen waren nicht bereit, angelernte Arbeitskräfte durch neue zu ersetzen, und die Migranten selbst verlängerten ihren Aufenthalt immer länger, um ihre erwünschten Sparziele zu erreichen. Der entscheidende Schritt im Übergang von der Gastarbeiterbeschäftigung zur dauerhaften Niederlassung erfolgte jedoch mit dem Familiennachzug. 1973 kam es schließlich zum Anwerberstop (vgl. Bauböck/Perchinig 2003).

### 2.3.3 Migration heute

Gegen Ende der 1980er Jahre hatte sich Westeuropa zunehmend in einen Einwanderungskontinent verwandelt und Migration wurde so bald auch zu einem politischen Thema. Vor allem parteipolitisch wurde das Thema dramatisiert und so xenophobe Ängste geschnürt. Bald festigte sich der Gedanke, Zuwanderungsbeschränkungen seien die Voraussetzung für die Integration der

Zugewanderten und für deren Akzeptanz durch die Aufnahmegesellschaft (vgl. Bade 2000: 378-379).

Mit dem Fall des Eisernen Vorhangs kam es zu einer neuen Migrationskrise die nun als Asylkrise wahrgenommen wurde. Um Einwanderung zu verhindern, wurden in Österreich und den anderen westeuropäischen Staaten die Asylverfahren enorm verschärft (Asylgesetz 1992 / Fremdenengesetz 1993).

Mit dem Beitritt Österreichs zur EU und dem Schengener Übereinkommen wurden die Grenzen zu den anderen EU-Staaten gelockert, wodurch die Migration innerhalb der EU erleichtert, für Drittausländer jedoch stark erschwert wurde (vgl. Treibel 1999: 73). Die EU entwickelt sich immer mehr zu einer Festung Europa:

„Mit Begrenzungen der Zulassung zu Asylverfahren und Abschreckungsmaßnahmen korrespondierten zunehmend in europäischer Abstimmung getroffene Verschärfungen der Zugangskontrollen an den europäischen Außengrenzen. Damit begann die Vorgeschichte der europäischen Migrationspolitik gegenüber außereuropäischen Zuwanderungen als Sicherheitspolitik [...]“ (Bade 2000: 382).

Durch eine Gesetzesänderung 2006 ist es in Österreich mittlerweile möglich AsylbewerberInnen deren Verfahren noch nicht zugelassen wurde, in Schubhaft zu nehmen, wodurch angedeutet wird, dass es sich um Kriminelle handelt.

## 2.4 Ethnologie und Migration

Migration als Forschungsthema war für die Ethnologie lange von geringer Bedeutung. Erst in der Nachkriegszeit kam es in Folge des methodologischen Nationalismus zur Ausprägung der ethnologischen Migrationsforschung. Demnach wurden Migranten als eine ethnisch definierte Einheit, als Fremde, definiert, welche eine Herausforderung für den Nationalstaat darstellten. Vor allem die Fragestellung nach Formen kultureller Anpassung bzw. Assimilation in die Aufnahmegesellschaft war im Vordergrund. In den 1970er erkannte man, dass viele Migranten auch in der zweiten und dritten Generation ihr „kulturelles Erbe“ nicht aufgaben und ihre Lebensentwürfe praktisch zwischen zwei Kulturen und Gesellschaften gestalteten. Ab den 1980er Jahren wurde der Begriff der

„Assimilation“ von Ethnologen immer mehr in Frage gestellt. Heute beschäftigt sich die Ethnologie vor allem mit der Wirkung von Migration auf soziale Strukturen von Gesellschaften, kulturellen Phänomene und individuelle Biographien. Dabei stehen Individuen, ihr Lebensumfeld, ihre Netzwerke, Identitäten und kulturelle Ausdrucksformen im Vordergrund des Interesses (vgl. Darieva 2007: 71-73).

#### 2.4.1 Der Fremde bei Simmel

Bade stellt fest, dass in den 1960er Jahren vor allem Arbeitsmigranten aus Südeuropa in Nord-, Mittel- und Westeuropa als „Fremde“ beschrieben wurden. Während in den 70er dass immer weniger für Südeuropäer galt, traf es immer mehr auf Türken zu. In den 1980er Jahren wiederum rückten Aversionen gegenüber der wachsenden Anzahl von Flüchtlingen und Asylsuchenden aus der Dritten Welt in den Vordergrund (vgl. Bade 2000: 383).

Es stellt sich somit die Frage, was oder wer der „Fremde“ ist und wie er konstruiert wird.

Georg Simmel definierte 1908 den Fremden mit folgenden Eigenschaften:

- „den,[...]der heute kommt und morgen bleibt“ (Simmel 1908: 509)
- Er ist zugleich nah und fern.
- Er steht allen Attitüden der heimischen Gruppe objektiv gegenüber.
- Man hat mit dem Fremden nur allgemeine Qualitäten gemein, keine individuellen.
- Er ist Händler.

(vgl. Simmel 1908: 509-512)

Diesem Konzept kann man heute kaum mehr eine Bedeutung zuschreiben. Heute ist der Fremde kein einzelner Händler, sondern er tritt, zumindest in den Städten, als ethnische Gruppe in unserem Leben alltäglich auf.

#### 2.4.2 Die „ethnische“ Gruppe

Mit der Dekolonialisierung wurde die Dichotomie von „eigen“ und „fremd“ als hierarchische Struktur immer mehr abgebaut. Stattdessen boomten in den 1970er und 1980er Jahren die „ethnic studies“.

„Wir wollen solche Menschengruppen, welche auf Grund von Ähnlichkeiten des äußeren Habitus oder der Sitten oder beider oder von Erinnerungen an Kolonisation und Wanderung einen subjektiven Glauben an eine Abstammungsgemeinschaft hegen, derart, daß dieser für die Propagierung von Vergemeinschaftung wichtig wird, dann, wenn sie nicht »Sippen« darstellen, »ethnische« Gruppen nennen, ganz einerlei, ob eine Blutsgemeinsamkeit objektiv vorliegt oder nicht“ (Weber 1985: 237).

Der Ethnologe Frederik Barth wirkte nachhaltig in der Auseinandersetzung mit ethnischen Gruppen. Er definierte sie als Ergebnis sozialen Handelns und konkret sozialer Grenzziehungen und nicht mehr als Ausdruck einer vorgegebenen Kultur. Demnach sind ethnische Gruppen nicht durch die kulturelle „Ausstattung“ sondern durch einen sozialen Prozess definiert (vgl. Barth 1970: 15-16).

In Folge dieses Blickwechsels wird Ethnizität heute in den Ethnowissenschaften mehrheitlich als dynamischer Prozess und zunehmend plural, im Sinne kultureller Mehrfachzugehörigkeit, verstanden und nicht mehr im Sinne eines „kulturellen Erbes“ als gegeben vorausgesetzt (vgl. Schmidt-Lauber 2007: 15).

#### 2.4.3 Ethnizität

Ethnizität ist ein schwieriges Konzept, für das es bis heute keine einheitliche Definition gibt. Der Ethnologe Sökefeld meint, dass Ethnizität jedoch immer die Frage kollektiver Identität berührt, und somit damit zu tun hat, wie Menschen sich kollektiv voneinander unterscheiden. Damit ist nicht gemeint, dass die Differenz schon von vornherein da ist, sondern vielmehr dass sich das „voneinander Unterscheiden“ ein aktiver Prozess ist (vgl. Sökefeld 2007: 31).

#### 2.4.3.1 Primordialismus

In der Sozial- und Kulturanthropologie gibt es grundsätzlich zwei Perspektiven von Ethnizität: dem Primordialismus und dem Konstruktivismus. Mit ersterem meint man, „dass hinter der Bildung von ethnischen Gruppen und Nationen »ursprüngliche« (primordiale) Beziehungen stehen, die durch die Geburt und durch das Aufwachsen in einer Gemeinschaft gestiftet werden, die das Individuum prägen, die dem rationalen und instrumentellen Handeln weitgehend entzogen sind und eine vordiskursive Realität darstellen“ (Sökefeld 2007: 32).

Der Primordialismus geht somit davon aus, dass Gemeinschaften immer auf einer gemeinsamen wirklichen „Wesenheit“ basieren. Damit verbunden ist auch die Ansicht das Gruppen immer eine gewisse historische Kontinuität aufweisen und sich in der Regel auch nur sehr langsam verändern. Der Primordialismus wird meist mit dem Essentialismus verknüpft (vgl. Sökefeld 2007: 32).

#### 2.4.3.2 Konstruktivismus

Der Konstruktivismus basiert auf der gegenteiligen Annahme. Hier wird davon ausgegangen, dass kollektive Identitäten soziale Konstrukte sind, die durch die „Wirkmächtigkeit von Diskurs und Handeln“ (Sökefeld 2007: 33) hervorgehen. Diese Identitätskonstrukte können Menschen zu bestimmten Handlungen, auch gewalttätige, motivieren und mobilisieren. Somit wird oft eine Dynamik von Abgrenzung und Polarisierung in Gang gesetzt, die nur schwer wieder aufzuhalten ist. Identitäten oder ethnische Gruppen basieren, dieser Meinung nach, jedoch nicht auf unmittelbare Tatsachen oder historischen Konstanten (vgl. Sökefeld 2007: 33).

Konstruktivismus ist heute das gängige Paradigma, jedoch spielt die primordialistische Perspektive weiterhin eine wichtige Rolle, da sie die Identitätskonzepte gesellschaftlicher Akteure dominieren.

„Aus konstruktivistischer Perspektive liefern primordiale Beziehungen den *Code*, durch den Identitäten, Nationen usw. ausgedrückt werden, und sind nicht die Substanz, aus denen sie »bestehen«“ (Sökefeld 2007: 33)

#### 2.4.3.3 Die Bedeutung primordialer Codes

Doch woher kommt die Macht primordialistischer Codes? Sie liegt bereits in dem Konzept von Identität selbst. Denn Identität soll ja eben bestimmte dauerhafte, kontinuierliche Wesensmerkmale besitzen, die ein Individuum oder ein Kollektiv als Akteur konstituiert. Somit liegt der Anspruch auf Geschichte und historische Kontinuität bereits im Konzept von nationaler Identität und Nation. Die konstruktivistische Perspektive wird sich somit wahrscheinlich nie wirklich ganz durchsetzen können, jedoch ist es möglich, gewisse essentialistische Argumente ihrer Glaubwürdigkeit zu entziehen (vgl. Sökefeld 2007: 34).

Sökefeld meint, dass die Dekonstruktion von Identität jedoch wichtig ist, um „[...] der Komplizenschaft mit Identitätspolitik und Machtpraktiken, die sich auf die Konstruktion von Identität stützen, zu entgehen“ (Sökefeld 2007:34). Jedoch kann sich Macht nicht nur auf die Konstruktion von Identität stützen, sondern auch auf die Verweigerung der Anerkennung von Identität. Eine Lösung aus diesem Dilemma sieht Sökefeld in dem Verzicht auf „Identität“ als objektives, beschreibendes Konzept, um es nur mehr als ein „emisches“ Konzept der Akteure zu betrachten (vgl. Sökefeld 2007: 35).

„Aus dieser Perspektive muss die Analyse von »Identitäten« sowie von Nationalismus, Rassismus oder Ethnizität stets vom gesellschaftlichen Kontext des politischen und gesellschaftlichen Gebrauchs dieser Begriffe ausgehen“ (Sökefeld 2007: 35).

#### 2.4.3.4 Zur Entstehung „reflexiver Ethnizität“

Reflexive Ethnisierung entsteht unter dem Zusammenspiel zweier Prozesse. Der innere Prozess besteht aus dem Einzelnen und seiner Mitgliedschaft zu einer Gruppe. Der äußere Prozess besteht aus der Beziehung des inneren Prozesses zu einem weiteren sozio-ökonomischen Kontext, sowie zu strukturellen und ideologischen Einschränkungen. Da dabei beide Prozesse selbstbewusste und selbstbeschreibende Elemente haben, spricht Mathias Bös von dem Begriff „reflexiver Ethnizität“ (vgl. Bös 1997: 73).

Reflexive Ethnisierung beginnt mit dem Bewusstsein der Isolation, der Angst der Ausgrenzung. Ethnisch stellt sich die Krise als eine geteilte Erfahrung mit einer Gruppe von Menschen dar. Die Entfremdung wird somit kollektiv empfunden. Die Lösung wird dann eben auch in der Gruppenzugehörigkeit gesucht. Dieser Gemeinschaft muss im Extremfall über die gemeinsame Krise hinaus keinerlei sozio-kulturelle oder sonst feststellbare Gemeinsamkeit zugrunde liegen. Die Gemeinsamkeit der ethnischen Gruppe wird durch ethnische Symbole und Mythen verfestigt. Ethnische Gruppen sind davon überzeugt, gemeinsame Vorfahren, oder eine gemeinsame Geschichte oder Zukunft zu haben (vgl. Bös 1997: 74).

Reflexive Ethnisierung hat immer auch einen gesellschaftlichen Kontext. Mit der ethnischen Selbstzuschreibung geht auch immer eine Fremdzuschreibung einher. Die ethnische „Gegengruppe“ ist oft geradezu identitätsstiftend für eine ethnische Gruppe. Der reflexiven Ethnisierung gehen ja meist die Erfahrung und/oder der Glaube, von einer größeren sozialen Einheit ausgeschlossen zu werden, voraus. So ist es die Geschlossenheit der jeweiligen dominierenden Gesellschaft gegenüber einer Gruppe (Migranten, Unterprivilegierte usw.), die die Entstehung ethnischer Vergemeinschaftungen fördert oder verhindert (vgl. Bös 1997: 75).

#### 2.4.4 Neue Migrationsmuster und transnationale Migrationsforschung

Ab den 1980er Jahren ändert sich das Bild des Migranten immer mehr. Es gilt immer weniger die Vorstellung des entwurzelten Migranten, der eine „kulturelle Ausstattung“ mitgebracht hat. Stattdessen reisen sie als moderner Pendler „im Tages-, Monats-, Saison- oder Jahresrythmus zwischen Herkunfts- und Zielgebiet(en) hin und her und bauen ihre sozialen sowie kulturellen Netzwerke über verschiedene nationale Grenzen hinweg, eben *transnational*, auf“ (Darieva 2007: 81).

Die Sozialanthropologin Nina Glick Schiller unterscheidet in fünf Kategorien von transnationalen Akteuren:

- 1) Zirkulierende Netzwerke von Migranten, die sich ständig zwischen Aufnahme- und Herkunftsland bewegen

- 2) Transmigranten in Grenzzonen mit multiplen Beziehungen, wobei nicht jedes Mitglied einer Transmigranten-community tatsächlich mobil sein muss
- 3) Immigranten und ihre Nachfahren, die nur eine Art von Beziehung mit der Heimat aufrechterhalten (z.B. auf der Familienebene)
- 4) Immigranten und ihre Angehörige, die keine aktiven transnationalen Beziehungen pflegen, jedoch an transnationalen Netzwerken indirekt teilnehmen
- 5) Immigranten und ihre Nachfahren die im Alltag über verschiedene Kommunikationskanäle (z.B. Internet) Beziehungen mit der Herkunftsgesellschaft aufrechterhalten.

(vgl. Glick Schiller 1992: 1-8)

Ulf Hannerz beschäftigt sich damit, wie sich im Rahmen der Globalisierung kulturelle Objekte sich weltweit verbreiten und es damit zu einer gegenseitigen Beeinflussung (Kreolisierung) kommt. In diesem Kontext werden lokale, religiöse und nationalstaatliche Grenzziehungen revidiert, Kulturen nicht mehr als räumlich begrenzte Gebilde verstanden, sondern immer mehr in Frage gestellt (vgl. Hannerz 2007: 106-109).

Vor allem der Kulturanthropologe Arjun Appadurai beschäftigt sich mit der wachsenden Schwierigkeit, Menschen und Kulturen auf einen Ort festzulegen. Er ist gegen die Festschreibung von Kultur an Orten. In seinem Konzept der *global scapes* unterscheidet er in fünf globale kulturelle Ströme, die ständig in Bewegung sind: *ethnoscapes* (Touristen, Immigranten, Flüchtlinge, Exilanten, Gastarbeiter, andere mobile Gruppen), *mediascapes* (Verteilung der Medientechnologien, Verteilung der Bilder, die von den Medien geschaffen werden), *technoscapes* (z.B. Das Internet), *financescapes* (Komplexe Steuer und Investitionsströme) und *ideoscapes* (komplexe ideelle Landschaften: Ideen, Vorstellungen (z.B. Demokratie, Freiheit, Rechte...)). Die entterritorialisierten Räume stellen ein zunehmendes Problem für Identitätspolitik und den Nationalstaat dar (vgl. Appadurai 1996: 31-42).

Weitere Forschungsfelder der Ethnologie umfassen die Identitätskonstruktion bei Migranten in Relation zu ihrer Staatsangehörigkeit, Untersuchungen von

Familienstrukturen, Gender Studies und transnationale Lebensentwürfe von der zweiten bzw. dritten Generation.

### 3. Medical Anthropology

#### 3.1 Ethnomedizin, Medizinethnologie oder Medical Anthropology

##### 3.1.1 Ethnomedizin

Der Begriff Ethnomedizin wird im deutschsprachigen Raum seit ungefähr 30 Jahren als Bezeichnung zwischen Ethnologie und Medizin verwendet.

Der Wiener Erich Drobec führte den Begriff Ethnomedizin bereits 1955 ein und definierte ihn als Beschäftigung „mit der rationalen Heilkunde der Primitiven, sowie mit deren physiologischen und medizinischen Kenntnissen und den verbundenen Maßnahmen in verschiedenen Lebensabschnitten (Schwangerschaft, Geburt, Pubertät usw.) [...]. Ein besonderes Teilgebiet ist die Heilmittelkunde (Heilpflanzen etc.) der Naturvölker“ (Drobec [1955] 2005: 3).

Lange Zeit wurde die westliche Hochschulmedizin explizit aus der Definition von Ethnomedizin ausgeklammert. Dies führte dazu, dass auch heute noch viele Anthropologen dem Begriff Ethnomedizin kritisch gegenüberstehen. Diese Betrachtungsweise änderte sich jedoch, wenn auch nur langsam. Armin Prinz meinte dazu 1984: „Niemand wird bestreiten, daß jede Heilkunde, also auch unsere Hochschulmedizin, ein kulturgebundenes, gesellschaftsspezifisches Instrumentarium darstellt, mit dem in einer Gemeinschaft alle Probleme in bezug auf Gesundheit, Krankheit, Heilung und Prävention adäquat gelöst werden sollen.“ Folgernd daraus stellt er fest, „daß es für die Hochschulmedizin keine szientistische motivierte Ausnahme unter den Heilkunden geben darf und sie wie jede andere, der ethnomedizinischen Analyse und dem interkulturellen Vergleich unterzogen werden muß“ (Prinz 1983: 39-40).

In einer Definition von Ethnomedizin sind daher für Armin Prinz folgende Punkte von Bedeutung:

- Die Ethnomedizin untersucht kulturgebundene Systeme. Daraus ergibt sich eine wissenschaftstheoretische Zuordnung zu den sozial- und kulturanthropologischen Wissenschaften, insbesondere zur Ethnologie.
- Die Ethnomedizin untersucht Konzepte von Gesundheit und Krankheit und die damit im Zusammenhang stehenden Vorstellungen und Aktivitäten des Menschen innerhalb seiner Umwelt.
- Die Ethnomedizin macht keinen wertenden Unterschied zwischen den einzelnen Heilkunden, insbesondere nicht in Hinblick auf deren Effizienz im naturwissenschaftlichen Sinn.
- Die Ethnomedizin untersucht die Heilkunden als funktionale Systeme und welchen Einfluss sie auf das soziale und kulturelle Leben der Gesellschaft hat.
- Die Ethnomedizin ist entweder regional-ethnographisch oder allgemein-vergleichend.
- Die Ethnomedizin erstellt allgemein gültige heilkundliche Verhaltensmuster für ihre vergleichende Betrachtungsweise.
- Die Ethnomedizin verfolgt drei Ziele:
  - Eine Theorie medizinischen Handelns zu formulieren
  - Ein reziprokes Zugänglichmachen von Techniken und Erfahrungen der Heilkunden untereinander zu ermöglichen.
  - Einen Abbau der interethnischen Medizinvorurteile zu erreichen.
- Die Ethnomedizin wird aus epistemologischer und methodologischer Sicht der Medizinanthropologie zugeordnet.
- Die Ethnomedizin erfordert eine interdisziplinäre Arbeitsweise.

(vgl. Prinz 1983: 40-41)

### 3.1.2 Medizinethnologie

Aus ethnologischer Sicht wird der Begriff Medizinethnologie favorisiert. Dafür spricht die begriffliche Logik. Der hintere Wortteil „Ethnologie“ beschreibt die Disziplin, der vordere Teil „Medizin“ den Anwendungsbereich. Obwohl nicht alle Ethnologen konsequent von Medizinethnologie sprechen, lässt sich feststellen, dass der Begriff in den letzten 10 Jahren zunehmend mehr verwendet wird.

### 3.1.3 Medical Anthropology

Im anglophonen Bereich ist „Medical Anthropology“ die eigentliche Leitwissenschaft von Ethnomedizin und Medizinethnologie. Auch von deutschsprachigen Autoren kommt der Vorschlag, die Begriffe Ethnomedizin bzw. Medizinethnologie zugunsten der Bezeichnung Medizinanthropologie aufzugeben. Gegen die Vereinheitlichung spricht laut Thomas Lux jedoch die unterschiedliche Tradition von Anthropologie. Während im angelsächsischen und französischen Raum Anthropologie neben biologischen Aspekten auch Erscheinungen des kulturellen Lebens berücksichtigt, wird in der deutschsprachigen Tradition eher philosophische, theologische und biologische Aspekte hervorgehoben (vgl. Lux 2003: 16).

Beatrix Pfleiderer bringt folgende Definition von Medizinanthropologie:

„Medizinanthropologie ist heute die kulturwissenschaftliche Forschung über Medizin, kranke Menschen und deren Krankheiten im kulturellen Kontext“ (Pfleiderer 1993: 346).

Um Heilkunden in ihrem gesellschaftlichen Zusammenhang zu verstehen, zu beschreiben und zu interpretieren, ist es notwendig auch die ökologischen und epidemiologischen Gegebenheiten in der Gesellschaft zu erforschen. Nur mit einer solchen Grundlage ist die ethnomedizinische Analyse von Bedeutung. Die ökologische Basis verlangt wiederum eine Erforschung ihrer biologischen und soziokulturellen Komponenten, in ihrer Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und Umwelt. Dieses auf kleinste Veränderungen reagierende Gebäude kann man als Forschungsgebiet der Medizinanthropologie betrachten. Auf Grund dieses komplexen Aufgabenbereichs

benötigt die Medizinanthropologie laut Armin Prinz eine Reihe von „Hilfs“-wissenschaften (vgl. Prinz 1983:47):

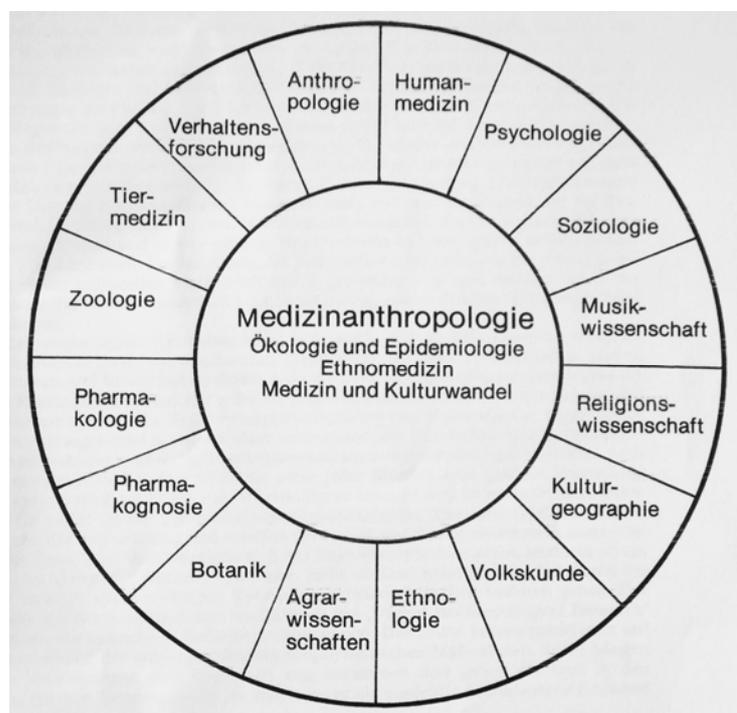


Abbildung 1: Die Medizinanthropologie und ihre „Hilfs“-Wissenschaften (Prinz 1983: 48)

In Anlehnung an Lieban (1973: 1034) unterteilt Prinz die Medizinanthropologie in drei Aufgabenbereiche (vgl. Prinz 1983: 48-50):

#### 1) Ökologie und Epidemiologie

Der Zusammenhang von Mensch und Umwelt im Allgemeinen und Mensch und Krankheit im Besonderen besteht aus einem biologischem, einem sozialen und einem kulturellen Aspekt. Unter ersterem versteht man alles, was zu reinen Naturbeobachtung innerhalb der Ökologie zählt. Der soziale Aspekt umschließt die Bevölkerungsgliederung und differenziert sie nach Alter, Geschlecht, Rolle, Status, Einfluss auf Ökologie und Epidemiologie. Der kulturelle Aspekt untersucht die Einflüsse durch Siedlungen und Wohnen, Nahrungsmittelbeschaffung und sonstige Ressourcenbildung, Religion und andere geistige Konzeptionen.

## 2) Ethnomedizin

Die Aufgabe der Ethnomedizin kann in drei Schwerpunkte gegliedert werden:

- Die Untersuchung der ethnospezifischen Krankheitsvorstellungen und Klassifikationen, sowie die Beschreibung ätiologischer und diagnostischer Eigenheiten.
- Die Untersuchung ethnospezifischer Therapieverfahren, wie etwa therapeutische Seancen, Riten, Tanz- und Musiktherapie oder der Psychotherapie.
- Die Untersuchung der prophylaktischen Maßnahmen. Diese hängen stark mit den Krankheitsvorstellungen zusammen und reichen oft weit in den gesellschaftlichen Bereich hinein, wodurch sie oft schwer als krankheitsverhindernd erkannt werden.

## 3) Medizin und Kulturwandel

Hier geht es um den Einfluss und Folgen der Transkulturalation auf die ökologischen, epidemiologischen und ethnomedizinischen Gegebenheiten. Zu ersterem gehören zum Beispiel die Langzeitprobleme von Insektizid- und Herbizidwirkung, das Auftreten und die Auswirkungen von eingeschleppten Krankheiten, Folgen von Eingriffen auf das Ernährungswesen oder epidemiologische und ökologische Veränderungen aufgrund von sozialen und kulturellen Umschichtungen. Zu letzterem gehören die Veränderungen und deren Folgen im Krankheitsverständnis, im Therapieverhalten und der Präventivmaßnahmen.

### 3.2 Traditionslinien der Medical Anthropology

Byron J. Good hat in der Medical Anthropology vier Traditionslinien ausgearbeitet, welche sich jeweils thematisch, methodisch und zum Teil auch historisch unterscheiden (vgl. Good 1994: 36-64).

### 3.2.1 Empirizistische Tradition

Die empirizistische Tradition unterscheidet die Sinnwelt (Worte, Symbole, Repräsentationen) von der Dingwelt (empirisch fassbare Phänomene). Angewendet auf die Medizin lässt sich dieses Modell folgendermaßen erklären: Der Arzt erkennt durch die vom Patienten ausgehenden Zeichen die Krankheit und übersetzt diese in die Dingwelt. Die Mitteilungen sind kulturell geprägt, der Krankheit wird jedoch der Status von Wirklichkeit durch ihre biologische Dimension zuerkannt. Der Arzt repräsentiert somit das anerkannte Wissen, während den Interpretationen des Patienten weniger Wert beigemessen wird.

In diesem Modell wird zwar Kultur als wichtige Determinante für Krankheit eingeführt, jedoch gibt es einige Kritikpunkte:

- 1) Die Welt wird eingeteilt in richtig und falsch. Dabei wird die traditionelle Medizin als Glaube, die westliche Medizin als Wissen dargestellt.
- 2) Es herrscht eine Zentrierung auf das Individuum. Modelle dieser Tradition erklären zwar, wie sich einzelne Mitglieder im Kontext einer anderen Kultur verhalten, sie versagen jedoch wenn kollektive Entscheidungsmodi bestimmend sind.
- 3) Kulturbedingtes Verhalten ist zwar wichtiger Bestandteil von Medizinsystemen, jedoch ist dieses immer in materielle und organisatorische Strukturen gebettet, welches ihm erst Sinn verleiht.

(vgl. Lux 2003: 18-20)

### 3.2.2 Kognitive Anthropologie

Die kognitive Anthropologie wurde in Anlehnung an die kognitive Psychologie in den 1960er Jahren gegründet. Sie beschäftigt sich mit kulturell unterschiedlichen Wahrnehmungsmustern. Kultur wird hier als Wissen gesehen, dass von seinen Teilnehmern erlernt werden muss, um in eben dieser Kultur agieren zu können. Die kognitive Anthropologie erforscht „kulturelle Wissen“, indem sie einzelne Kategorien

mit bedeutungsunterscheidenden Merkmalen herausgearbeitet. Neben Objekten werden so auch Handlungen und bestimmte Abläufe von Ereignissen kategorisiert.

Schon sehr früh wurden medizinische Probleme mit diesem Forschungsansatz bearbeitet. Damit konnten eigenständige Kriterien einer Krankheit herausgearbeitet werden, ohne eine Verbindung zu biomedizinischen Krankheitskategorien herstellen zu müssen. Obwohl es eine gewisse Kritik an dem Kulturbegriff der kognitiven Anthropologie gibt, gilt sie noch immer als guter Forschungsansatz in der Medical Anthropology (vgl. Lux 2003: 20-22).

### 3.2.3 Bedeutungszentrierte Tradition

In den 70er Jahren wurde die Medical Anthropology zu einem systematisch ausgearbeitetem und theoretischem Feld. Das zeigt sich vor allem bei Arthur Kleinmans Buch „Patients and Healers in the Context of culture“. Kleinman bestimmt Medizinsysteme als „kulturelle Systeme“ die um die Phänomene Gesundheit und Krankheit organisiert sind. Der Fokus liegt auf der Beziehung von Krankheit und Kultur. Institutionen, Techniken und natürliche Bedingungen werden zwar als Faktoren miteinbezogen, Hauptinteresse liegt jedoch auf dem Menschen. Vor allem der Interpretation der „symbolischen Welt“ (Kleinman 1980: 41-45) als Schlüssel zur Vermittlung von Innen- und Außenwelt kommt eine wesentliche Rolle zu, um medizinische Mechanismen wie das Kranksein, Entscheidung und Einschätzung von Heilangeboten, der Umgang mit Kranksein und Heilen zu erklären (vgl. Kleinman 1980: 71-83).

In der bedeutungszentrierten Tradition geht man davon aus, dass Krankheit nicht nur eine kulturelle Repräsentation ist, die quasi als Verpackung von biologischer Realität dient, sondern ein Erklärungsmodell ist: Komplexe menschliche Phänomene werden wahrgenommen und interpretiert, um dann zu einem Objekt medizinischer Praxis zu werden. Wie Krankheit dabei jeweils interpretiert wird, ist kulturell sehr unterschiedlich (vgl. Kleinman 1980: 104-118).

Dieser Ansatz führte zu verschiedenen Problemen. Vor allem Fragen zum Verhältnis von Biologie und Kultur und die Aufnahme von Erfahrung in den Körper (embodiement) sind von großer Bedeutung.

- 1) Mit der Fragestellung nach der Beziehung von Biologie und Kultur, der Verschiedenheit der Symptome und dem Verlauf von Krankheiten, wurde plötzlich die Bedeutsamkeit symbolischer Realität angesprochen. Krankenserfahrungen und Verhalten sind in unterschiedlichen Gesellschaften unterschiedlich. Vor allem bei chronischen Krankheiten unterliegen Verlauf und Prognose der kulturellen Formung. Es gibt sogar Störungen, die in ihrer Form nur in einer Kultur vorkommen und damit für ihre Kultur spezifisch sind (siehe kulturgebundenes Syndrom).
- 2) Die Ethnologin Mary Douglas hat auf die Verknüpfung von Symbol und Körper hingewiesen (vgl. Douglas 1970: 65). Der Körper hat eine besondere Bedeutung als Symbol und ist gleichzeitig eine wesentliche Quelle von Symbolen. Das Wahrnehmen und Verstehen des eigenen Körpers hat somit auch mit dem Wahrnehmen und Verstehen der Welt zu tun:

„Symbole existieren gleichzeitig im und außerhalb des Körpers. Es gibt eine Basis für Wahrnehmung und Verstehen im Innen und Außen. Sinnzusammenhänge und Bedeutungen werden auf einer gemeinsamen Basis angetroffen, die kulturspezifisch ist und sich individualgeschichtlich entwickelt (Sozialisation). So wird der Körper zur ersten, wichtigsten und reichsten Quelle von Symbolen. Ohne Körpererfahrung können Symbole nicht gedacht werden.“  
(Lux 2003: 25)

Erkrankung findet im menschlichen Körper statt, wird aber auch von ihm geäußert. Für die Medical Anthropology wurde es nun interessant, Geschichte und soziale Beziehungen zu untersuchen, die sich im Körper festgeschrieben haben: Welche kulturellen Dimensionen objektivieren sich im Körper? Welche Folgen hat die Erfahrung von Krankheit? Wie wird der Körper zu dem, was er ist?

### 3.2.4 Critical Medical Anthropology

Ein wichtiges Thema der Critical Medical Anthropology ist die Auseinandersetzung mit den makrosozialen Beziehungen. Während unsere Medizin die Tendenz hat Krankheit am Individuum festzumachen, versucht die Critical Medical Anthropology die Bedeutung von gesellschaftlichen Kräften und den Umgang von Institutionen mit Gesundheit und Krankheit zu untersuchen.

Wenn beispielsweise Armut in Kategorien wie „Durchfall“ oder „Tuberkulose“ bearbeitet werden, dann erscheint sie als Krankheit eines Individuums. Solche „Mystifikationen“ von Krankheiten versucht die Critical Medical Anthropology klarzustellen, damit krankmachende Verhältnisse und deren Verursacher aufgezeigt werden können (vgl. Lux 2003: 26-27).

## 3.3 Gesundheit und Kultur

### 3.3.1 Krankheit und ihre kulturelle Dimension

Am Anfang des 20. Jahrhunderts beschäftigte man sich hauptsächlich mit Krankheit in anderen Kulturen. Der eigene Krankheitsbegriff wurde nicht reflektiert. Man unterschied zwischen dem von der Medizin wissenschaftlichen definierten Krankheitsbild und den Glaubensvorstellungen der „Naturvölker“. Erst zu Beginn des 21. Jahrhunderts änderte sich die Situation soweit, dass man Krankheit als kulturelle Konstruktion angesehen hat. Es gibt zwar unterschiedliche Krankheiten in unterschiedlichen Kulturen, jedoch keinen Unterschied im Ausgangspunkt von Leiden und deren kulturellen Verarbeitung (vgl. Lux 2003: 145).

#### 3.3.1.1 Westliche Konzepte von Krankheit

In Europa und den USA gab es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine starke Veränderung des medizinischen Weltbildes. Die Naturwissenschaften wurden zur Grundlage der Medizin und durch neue Wissenschaftszweige wie Bakteriologie und Biochemie wurden völlig neue Diagnostik- und Therapiemethoden entwickelt. Vor

allein die Chirurgie erlebte einen ungeheuren Aufschwung. Die medizinische Profession konnte sich so schnell als zentrale Instanz der Krankenversorgung etablieren. Dadurch erhielten die neuen Krankheitskonzepte und Behandlungsweisen eine starke Autorität. Durch ihre naturwissenschaftliche rationale Grundlage bekam Krankheit ein völlig neues Bild. Sie war nicht länger von Gott oder anderer Instanz gesandt, und war somit auch nicht mehr für den Kranken und seine Mitmenschen sinnstiftend.

„Die Krankheit hat damit alle positiven Momente verloren, um stattdessen einem zu bekämpfenden Feind ähnlich zu werden“ (Vanja 1993: 203)

Das Konzept, dass Krankheit ausschließlich im Körper zu lokalisieren sei, hielt sich bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts. Erst durch diverse Einzeldisziplinen, wie der Psychologie oder der Soziologie wurde das biologisch-technische Konzept von Krankheit immer mehr aufgeweicht. Für das Bild von Krankheit als kulturelles Phänomen hat besonders die Erarbeitung der sozialen Dimensionen wichtige Grundlagen geliefert (vgl. Lux 2003: 146-147).

### 3.3.1.2 Geschichtliche Annäherungen an Krankheit in fremden Kulturen

Im 19. Jahrhundert hat sich Krankheit als rationales Phänomen etabliert, welches es zu besiegen galt. Gleichzeitig versuchte man auch „rückschrittliche“ Auffassungen von Krankheiten wie die eigene Volksmedizin oder Krankheitsauffassungen von fremden Völkern zu bekämpfen. Als Standardwerk dieser Zeit galt „Die Medizin der Naturvölker“ (1893) von Max Bartels. Er vergleicht im Sinne des Evolutionismus Medizin wie Kultur mit einem Organismus, der sich linear entwickelt und dabei verschiedenen Stadien durchläuft. Dabei galt die eigene Kultur als hohe Stufe, die der anderen als eine niedrigere. Sein Forschungsinteresse galt dem Auffinden von Vorstufen der Konzepte Ärzte, Diagnostik oder Medikamenten.

30 Jahre später versucht Rivers bereits in seinem Werk „Medicine, Magic and Religion“ (1927) medizinische Vorstellungen innerhalb einer Kultur aus sich selbst heraus zu erklären und zu verstehen. Drei Weltanschauungen – magisch, religiös, naturalistisch – werden dabei bestimmte Krankheitsvorstellungen und Behandlungsformen zugeordnet.

Rivers spricht jedoch nicht von Krankheiten, sondern von Glaubensformen über Krankheiten, womit das kulturelle Wissen von vornherein als falscher Glaube bewertet wird (vgl. Rivers 1927: 51).

Erwin H. Ackerknecht wandte sich gegen die bis dahin vorherrschenden evolutionären Ansätze, und erkannte dass Medizin ein System von Glauben und Praktiken ist, dass innerhalb ihres kulturellen Kontextes analysiert werden muss. Für ihn waren Begriffe wie „normal“ oder „pathologisch“ keine absoluten Größen, sondern beziehen sich immer auf eine spezielle kulturelle Realität (vgl. Ackerknecht 1971: 62).

#### 3.3.1.2.1 Folk Illness

Der Begriff „Folk Illness“ wird vor allem in den 50er und 60er Jahren gebraucht. Mit diesem Begriff wird Krankheit erstmals „... als eine Variable des medizinischen Systems und nicht nur als Ausdruck von bestimmten Ideen in diesem...“ (Lux 2003:154) gesehen. Vor allem Arthur J. Rubel hat zur Entwicklung dieses Begriffs beigetragen. Er definiert in diesem Zusammenhang „illness“ als „Syndromes from which members of a particular group claim to suffer and for which their culture provides an etiology, diagnosis, preventive measures, and regimes of healing“ (Rubel 1977: 120). Den Begriff „Folk Illness“ verwendet er für Erscheinungen, für die der westlichen Medizin das Verständnis und die Kompetenz fehlt. Wirklich neu ist, dass Folk Illness nicht sofort abgewertet wird, sondern genauso ernst genommen wird wie westliche Konzepte von Krankheiten.

Rubel arbeitet am Beispiel „Susto“ ein „epidemiologisches Modell“ heraus, das sich auf drei Bereiche stützt, und deren Interaktion das Bild der Folk Illness ausmacht:

- 1) Der Gesundheitszustand auf einer Skala von gesund und krank.
- 2) Das Sozialsystem wirkt über geschlechts- und altersspezifische Rollenerwartungen
- 3) Das Persönlichkeitssystem bezieht sich auf die Selbstwahrnehmung bei der Erfüllung sozialer Rollen.

Mit diesem Konzept wird Krankheit weder als Glaubensvorstellung noch als Krankheit des Individuums dargestellt. Das bedeutet, eine Folk Illness, wie Susto, ist ein Stück kulturelle Identität, die nicht erst über die Anatomie begründet werden muss. Auch wird Rollenkonflikten bei der Entstehung von Krankheiten Bedeutung zugeschrieben, womit ein Zusammenhang von Krankheit und Kultur postuliert wird (vgl. Lux 2003: 154-156).

#### 3.3.1.2.2 Kulturgebundenenes Syndrom

In den 1970er Jahren wird der Begriff Folk Illness von dem Begriff „kulturgebundenenes Syndrom“ abgelöst. Die Begriffe sind jedoch mehr oder wenig identisch. Man versucht damit eine Abkehr von der Vorstellung des Exotischen und Fremden, hin zu einer Dimension von kultureller Konstruktion von Krankheit. Der Begriff wurde vor allem von der Ethnopsychologie und transkulturellen Psychiatrie aufgefasst und diskutiert. Dabei geht es hauptsächlich um psychische Störungen, die nicht problemlos in westliche Klassifikationen hineinpassen.

„Zur Einschätzung und zum interkulturellen Vergleich eines kulturgebundenenes Syndroms gilt, dass die Ätiologie in zentralen Bedeutungsfeldern und Verhaltensnormen einer Gesellschaft fußt, die Diagnose auf kulturspezifischer Technologie und »Ideologie« basiert und die Therapie nur durch Teilnehmer der gleichen Kultur erfolgreich durchgeführt werden kann.“ (Lux 2003: 158)

Mittlerweile ist man eher für die Abschaffung des Begriffs kulturgebundenenes Syndrom, da mit ihm der Eindruck geweckt wird, dass es im Gegensatz auch etwas wie „kulturfreie Syndrome“ gibt, dem widersprochen werden muss (vgl. Lux 2003: 158).

#### 3.3.2 Krankheit und Kranksein

In den 70er und 80er Jahren gab es zahlreiche neue Theorien in der Medical Anthropology. Neben der Definition von Medizinsystemen als kulturelle Systeme, entwickelte sich auch ein neues Konzept von Krankheit. Dieses unterscheidet Krankheit

(disease) von Kranksein (illness). Das erste weist auf die objektive Ebene der Konzepte von Krankheit hin, das Zweite auf das subjektive Erleben dieser hin.

Die Diskussion um das Konzept Krankheit und Kranksein beginnt Mitte der 70er Jahre. Wichtig dabei ist die Gegenüberstellung der Begriffe Krankheit und Kranksein. Etwas salopp könnte man sagen, dass der Patient mit „Kranksein“ zum Arzt geht und mit „Krankheit“ wieder geht. Leon Eisenberg (1977) meint, dass Kranksein in einer soziologischen und sozialmedizinischen Erklärung wurzelt, „...die auf die Dimension von Leiden des Patienten als Erfahrung des Bruchs mit der normalen Kontinuität seines Zustandes erweitert wird.“ (Lux 2003:160). Krankheit wird weiterhin als Störung der normalen Vorgänge im Körper definiert (vgl. Lux 2003: 158-161).

Das Konzept „Krankheit und Kranksein“ ist jedoch keineswegs ein einheitliches Lehrgebäude. Vielmehr besteht es aus einer Vielzahl von Theorien und Meinungen, rund um die Frage „Was ist Krankheit?“.

### 3.3.2.1 Interpretativer Ansatz

Ein wichtiger Beitrag zum Konzept Krankheit und Kranksein kommt von Byron Good (1977). Für ihn hat das Kranksein immer Bedeutung. In seiner Untersuchung über „Herzverdruss“ in Persien sammelt er Informationen über Symptome, Therapiewahl, und soziale Situationen von den Betroffenen. Anhand dieser Informationen arbeitet er Hauptsymbole heraus, die als Wissensbestände des Herzverdrusses angesehen werden können.

Dieser bedeutungszentrierte Ansatz sieht die medizinische Praxis als interpretatives Verfahren an. Dabei geht es nicht um die Erkenntnis eines von vornherein feststehendem Objekt, vielmehr sind alle Prozesse die mit Krankheit zu tun haben, bereits mit einer Bedeutung versehen. Die Wirklichkeit von Krankheit und Kranksein ist somit nicht bereits gegeben, um in einer kulturellen Richtung erkannt zu werden, sondern sie ist grundsätzlich mit der Bedeutungsebene verknüpft (vgl. Good/Delvecchio-Good 1981:179).

Auch bei der Heilung bedient sich Arzt und Patient an einem Netzwerk von Bedeutungen, um das Kranksein in einen kulturellen Kontext einzubinden. Heilung ist somit die Transformation persönlichen Leids in ein kulturelles Thema (vgl. Nottrott 1999:54-60).

### 3.3.2.2 Krankheit und Kranksein bei Kleinmann

Bei Kleinman (1980) betrifft die Diskussion um Kranksein und Krankheit alle Abläufe der Medizin und alle Kulturen. In seinem Modell besteht kein Unterschied zwischen einer Verhexung oder einer Blinddarmentzündung.

Für ihn ist der Begriff Erkrankung ein Leerbegriff der unterteilt ist in Krankheit, der die objektiv angesehenen Anteile von Erkrankung beschreibt, und Kranksein, das subjektive Erleben.

Kranksein wird zunächst als „sich krank fühlen“ wahrgenommen, indem es eine Abweichung vom normalen Zustand des Wohlbefindens gibt. Dem Kranksein wird Aufmerksamkeit geschenkt, welche die Gefühlswelt und das Erkennen beeinflusst. Dabei spielt es eine Rolle wie die Krankheit und deren therapeutische Verlauf vom Patienten eingeschätzt werden. Somit gibt es in diesem Konzept keine genaue Trennung von Diagnose und Therapie. Die Einschätzung zur Heilung fließt schon in das Kranksein und somit in die Erkrankung ein.

Kranksein passiert immer in einem sozialen Kontext. Wie ein Patient sein Kranksein wahrnimmt hängt damit zusammen, wie die Gruppe die Krankheit interpretiert. Das Kranksein und der Umgang damit werden also auch vom sozialen Umfeld mitbestimmt. Kleinman beschreibt Kranksein folgendermaßen:

„...Illness is the shaping of disease into behavior and experience. It is created by personal, social, and cultural reactions to disease. Constructing illness from disease is a central function of health care systems (a coping function) and the first stage of healing. That is, illness contains responses to disease which attempt to provide it with a meaningful form and explanation as well as control.” (Kleinman 1980:72)

Kleinman beschreibt Krankheiten zwar im Sinne eines biologisch-technischen Medizinsystem als „malfunctioning of biological and/or psychological processes“ (Kleinmann 1980:.....), jedoch sind diese für ihn nicht festgelegte Zustände oder kulturunabhängig, sondern es handelt sich um „explanatory concepts, not entities“ (Kleinman 1980:73).

Jede Kultur hat eigene Konzepte von Krankheiten. Phänomene die in der einen Gesellschaft als Krankheit behandelt werden, können in einer anderen einen ganz anderen Status haben. Für Paul Unschuld ist Krankheit die konzeptuelle Überformung der Erfahrung von Kranksein und damit, wie Kranksein, eine Variable der Kultur (vgl. Unschuld 1978: 491-498).

### 3.3.2.3 Krankheit und Kranksein als Wissensformen

In diesem Konzept wird sowohl Krankheit als auch Kranksein als soziale Konstruktion betrachtet. Beide beruhen dabei auf unterschiedlichen Formen von Wissen. Kranksein geht von psychosozialem, Krankheit von objektiviertem Wissen aus. Kranksein umschließt somit Erfahrungen und Wissen der Alltagswelt, Krankheit umschließt das gesamte gesellschaftliche Wissen und definiert damit bestimmte Zustände. Es kommt auch zu Wechselwirkungen zwischen beiden. Erwartungen, wie zum Beispiel die Angst vor einer Krankheit, bestimmen nicht nur das Kranksein, sondern führen auch manchmal zu genau den Symptomen einer Krankheit. Beide, sowohl Krankheit als auch Kranksein unterliegen auch immer einem historischen Wandel. Thomas Lux definiert zusammenfassend:

„Krankheit ist Festlegung und Definition von Erkrankung. Krankheit ist Schnittpunkt kultureller Konzepte und gibt Erkrankung den Charakter eines Objektes mit einer eigenen Geschichte. Beschrieben wird Krankheit auf der Ebene medizinischer Begriffssysteme.

Kranksein ist Erleben, die psychosoziale Erfahrung von Erkrankung. Kranksein ist Schnittpunkt innerer wie äußerer Faktoren von Erkrankung und damit Konstrukt von

Erkrankung durch ein Subjekt. Beschrieben wird Kranksein auf der Ebene persönlicher Begriffssysteme.“ (Lux: 2003:166).

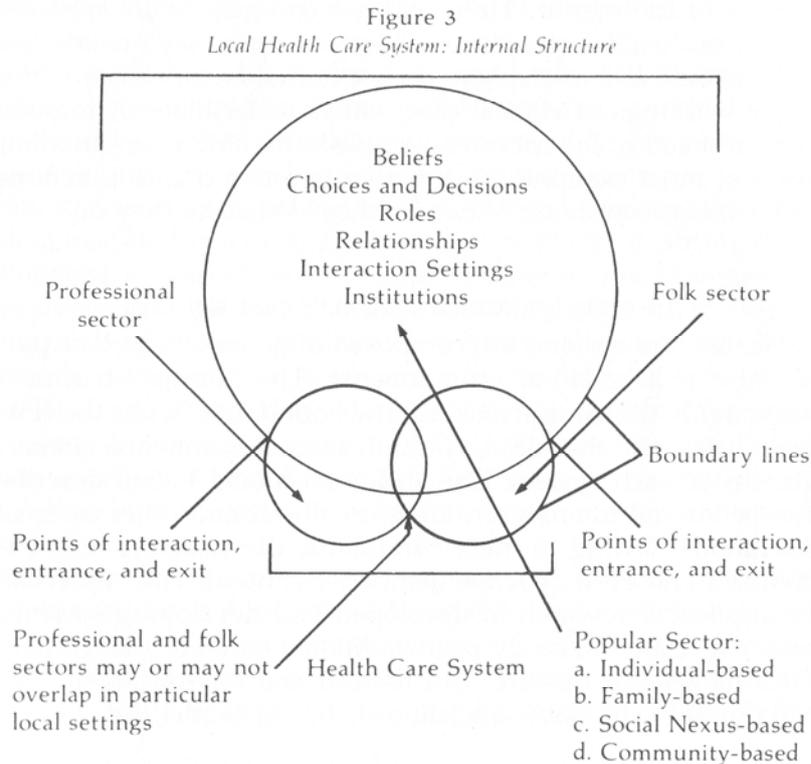
#### 3.3.2.4 Anthropologies of sickness

Ab den 80er Jahren gab es Kritik an dem Konzept von Krankheit und Kranksein. Allan Young meint, dass das Individuum zu sehr in den Mittelpunkt gerückt ist, und soziale Faktoren zu wenig berücksichtigt werden. Er bezeichnet den Begriff sickness als „...process for socializing disease and illness“ (Young 1982:270). Er kritisiert die Medizin als ideologische Praxis, die „signs, experiences, and outcomes as desocialized facts of nature“ (Young 1982:275) darstellt. Young ist der Meinung, dass Erkrankung sich verselbständigt und oft mehr darüber entscheidet, welche Formen von medizinischen Interventionen getroffen werden, als das Kranksein selber. Das kann so weit gehen, dass Gesunde ins Kranksein hineingezogen werden, aber auch Kranke gar nicht zur Kenntnis genommen werden. Auch in der Arzt-Patienten Interaktion laufen soziale Prozesse ab, die von den beteiligten meist gar nicht erkannt werden, jedoch mit der Diagnose- und Therapiefindung verwoben sind. Young geht es letztendlich darum, dass die Perspektive von Erkrankung erweitert wird und vor allem die Sozialisierung von Krankheit und Kranksein in den Mittelpunkt gerückt wird (vgl. Young 1982: 270-280).

#### 3.3.3 Pluralisierte Gesundheitssysteme

Kleinman (1980) beschreibt in seinem Buch „Patients and Healers in the Context of Culture“ das Gesundheitssystem als ein kulturelles System, dass aus drei sich überlappenden Teilen besteht: der professionelle Sektor, die Volksmedizin und der laikale Sektor (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Struktur des „Local Health Care System“ (Kleinman 1980: 50)



### 3.3.3.1 Der professionelle Sektor

Wenn man vom professionellen Sektor spricht, meint man in den meisten Gesellschaften die Biomedizin. Ausnahmen davon sind die TCM in China und Ayurveda in Indien. Die Strukturen des professionellen Sektors sind meistens eng mit den Machtverhältnissen verknüpft. So wurden viele Heilmethoden, die bis ins 20. Jahrhundert mit der modernen professionellen Medizin kongruierten, von dieser ins Abseits oder sogar in die Illegalität gedrängt.

In den letzten Jahren verliert die wissenschaftliche Medizin jedoch zunehmend ihre unhinterfragte gesellschaftliche Anerkennung und Monopolstellung. Alternative Therapieangebote die mit ganzheitlichen oder esoterischen Konzepten arbeiten gewinnen zunehmend an Bedeutung und die Biomedizin scheint zu einer neben anderen möglichen Heilverfahren zu werden. Es gibt jedoch immer noch Ärzte die dieser

Entwicklung ablehnend gegenüber stehen und andere Heilpraktiken als unwissenschaftlich und irrational abtun. Diese Einstellung wirkt sich oft problematisch auf die Arzt-Patienten-Interaktion aus, da sich viele Patienten neben der Schulmedizin auch an den laikalen Sektor oder die Volksmedizin wenden, was zu Problemen und Missverständnissen in der Arzt-Patienten-Interaktion führen kann (vgl. Kleinman 1980: 53-59).

### 3.3.3.2 Die Volksmedizin

Unter Volksmedizin verstand man lange das Gegenteil zur akademisch orientierten, professionellen modernen Medizin. Vor drei Jahrzehnten wurde das Konzept der Volksmedizin jedoch immer mehr kritisiert. Im Mittelpunkt des Interesses standen bis dahin vor allem Krankheitserklärungen und gesundheitsbezogene Praktiken, die mit übernatürlichen oder magischen Ausformungen zu tun hatten, wie etwa der Schamanismus oder rituelle Heilungen. Anderen Formen der Volksmedizin, wie etwa nichtärztliche Naturheilkunde, Herbalismus oder Manipulationsbehandlungen wurden wenn überhaupt nur am Rande wahrgenommen. Aufbauend auf dieser Kritik versteht man heute den Themenbereich der Volksmedizin als „Summe aller Ansichten und Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Fragen von Gesundheit und Krankheit allgemein sowie speziell gegenüber allen offiziellen und inoffiziellen Anbietern medizinischer Leistungen, als auch die Summe aller einschlägigen Verhaltensweisen, insbesondere der Heilverfahren“ (Wolff 2003:35).

Auch das Konstrukt der Volksmedizin als grundsätzlich Gegensätzliches zur Schulmedizin, erzeugt ein Bild eines geschlossenen Phänomens, das abgegrenzt und unabhängig von der Schulmedizin besteht. Kritiker meinen jedoch, dass gesundheitliche Verhaltensweisen der Bevölkerung zu jeder Zeit unter dem Einfluss der akademischen Medizin standen (vgl. Grabner 1994). Wolff ist der Meinung, dass der Volksmedizin wie auch der Schulmedizin nicht konkrete Sachverhalte zugeordnet werden sollten, sondern sie viel mehr als Relationsbegriffe zu verwenden seien, anhand der sich abmessen ließe, wie „volksmedizinisch“ oder „schulmedizinisch“ ein Phänomen ist. Gesundheitsbezogene Vorstellungen, Praktiken und Einstellungen ließen sich so unter

den Fragestellungen untersuchen, wie weit sie auf natürlichen oder übernatürlichen Konzepten aufbauen, wie das Verhältnis aus symbolischen und pragmatischen Gehalten und wie groß ihr empirischer, naturwissenschaftlicher oder traditioneller Gehalt ist (vgl. Wolff 2003: 49).

Im Folgenden werde ich den volkskundlichen Sektor als eine Sparte des professionellen Sektors werten, da auch „traditionelle Heiler“ wie Herbalisten und Schamanen eine jahrelange Ausbildung absolvieren müssen, und außerdem auch eine hohe Anerkennung bei den Patienten genießen.

Ein besonderer Vorteil den „traditionelle Heiler“ besitzen, ist, dass sie meist unmittelbar in das soziale Umfeld ihre Klientel integriert sind und somit einen guten Zugang zu deren Krankheitsvorstellungen haben (vgl. Pöschl 1987: 145-146). In vielen Ländern wird mittlerweile eine Zusammenarbeit von Primary Health Care Programmen und ansässigen traditionellen Heilern angestrebt um in den ländlichen Bereichen die gesundheitliche Versorgung zu verbessern (vgl. Fink 1990: 38). Aber auch im heimischen Gesundheitssystem (vor allem im psychiatrischen Bereich) wird immer mehr gefordert, die strikte Trennung zwischen westlichen und traditionellen Heilungskonzepten aufzugeben, damit die therapeutische Intervention für Migranten verbessert werden kann (vgl. Borde 1998: 109).

### 3.3.3.3 Der laikale Sektor

Der laikale Sektor ist der größte Sektor jedes Gesundheitssystems, gehörte aber lange zu den am wenigsten erforschten. Erst durch das Studium von Kulturen und Gesellschaften die kein professionelles Gesundheitsversorgungssystem haben, wurde auf die quantitative und qualitative Bedeutung von Laienversorgung hingewiesen (vgl. Faltermaier 1998:31). In diesem Sektor wird Krankheit zuerst definiert und die ersten gesundheitserhaltenden Aktivitäten gesetzt. Auch werden die meisten Krankheiten von den Laien selbst behandelt:

„Die Aufrechterhaltung von Gesundheit und der Umgang mit Krankheit erfolgt zu einem wesentlichen Teil im Alltag und nicht im professionellen

Versorgungssystem.[...] Zwei Drittel bis drei Viertel aller Gesundheitsprobleme werden in der Familie behandelt; über 90 Prozent der Bevölkerung praktiziert eine Form von Gesundheitsselbsthilfe, die vor allem im präventiven Bereich konkurrenzlos ist. Die Selbstmedikation bei Beschwerden und Erkrankungen ist ein verbreitetes Phänomen und umfaßt 37 Prozent aller Arzneimittel“ (Faltermaier 1998:14).

Im laikalen Sektor spielen neben dem betroffenen Individuum auch familiäre Aspekte, soziale Netzwerke, gesellschaftliche Aktivitäten und gemeinschaftliche Vorstellungen eine Rolle. Nach Kleinman (1980: 51-52) laufen folgende Stufen bei der Erkrankung ab: Zuerst werden Krankheitssymptome erkannt. Diese werden dann, oft mit Hilfe von Familienmitgliedern oder Freunde bewertet, um dann eine bestimmte Krankenrolle einzunehmen. Jetzt wird entschieden welche bestimmte gesundheitliche Aktivität zur Anwendung kommen soll. Dabei stehen einige Möglichkeiten zu Verfügung: bekannte Selbstbehandlungen, weitere Konsultation von Freunden und Bekannten oder das Aufsuchen eines anderen Sektors des Gesundheitssystems. Auch hier gibt es wieder eine Vielzahl von Möglichkeiten, wie zum Beispiel akademische Schulmedizin oder andere Heiler aus dem volksmedizinischem Sektor. Hier kann es aber auch zu Problemen kommen: Die verschiedenen Behandlungsmethoden sind immer auch in verschiedene klinische Realitäten eingebettet, die Krankheit jeweils verschieden wahrnehmen, benennen, interpretieren und behandeln. Der Kranke wird so in einer als „krankes Familienmitglied“ behandelt, in einem anderen als „Patient“, in einer anderen wieder als „Klient“. Es kommt dann zu Konflikten, wenn die Familie oder der Arzt mit der eingenommenen Krankenrolle nicht einverstanden ist. Die kranke Person hat es mit verschiedenen medizinische Sprachen zu tun, wenn er sich von einem Sektor in einen anderen bewegt, und muss diese übersetzen können. Diese Übersetzungen sind

„... crucial in the interaction between patients and practitioners, in the process of healing, and in the creation and resolution of communication problems that are "endemic" to clinical care“ (Kleinman 1980: 53).

Kleinman sagt weiter dazu: “... we see the outline of a central hermeneutic problem in clinical transactions: there are different interpretations of clinical reality reflecting

different systems of meanings, norms, and power. In this sense, each of the health care system's sectors can be supposed a separate "culture" (Kleinman 1980: 53).

In der Arzt-Patienten-Interaktion mit Migranten wird dieses Problem noch verstärkt. Der laikale Sektor des Patienten und der professionelle Sektor des Arztes haben noch weniger Ähnlichkeiten als in der herkömmlichen Arzt-Patienten-Beziehung. Es gibt keine gegenseitige Beeinflussung der Sektoren und somit ist eine Übersetzung der medizinischen Sprache sowohl für den Arzt als auch den Patienten viel schwieriger.

### 3.3.4 Medizinethnologische Perspektiven auf den Körper

#### 3.3.4.1 Erkrankung als gesellschaftliches Phänomen

Bis zur Entstehung der Medizinethnologie stand bei einer Erkrankung immer der individuelle Körper im Mittelpunkt des Interesses. Ab da an wurde Erkrankung immer weniger als ein körperliches sondern als ein gesellschaftliches Phänomen angesehen. Schon Victor Turner (1968) zeigt in seiner Untersuchung der Gesellschaft der Ndembu in Sambia, dass ein Dorfkonflikt sich im Leid einer Person niederschlagen kann. Es muss aber nicht nur den Körper betreffen. Es kann sich auch in der Unfähigkeit auf der Jagd Beutetiere aufzuspüren äußern. Die „Trommeln gegen das Leid“ werden sowohl für das Heilen des Körpers als auch für Jagdglück oder den Kindersegen geschlagen (vgl. Turner 1968:15). Erkrankungen können somit auch mit gesellschaftlichen Prozessen, moralischen Werten, Rechtsstreitigkeiten und Spannungen aufgrund von Migration in Verbindung gebracht werden.

In der neueren Zeit wird dem Körper aber wieder mehr Bedeutung zugeschrieben. Vor allem in den siebziger und achtziger Jahren entstand ein Interesse am Konzept des „Selbst“. Wie nehmen sich Menschen selbst wahr und welche Beschaffenheit schreiben sie sich selber und anderen zu. Bei dem in der Medizinanthropologie verwendeten Begriff „body“ handelt es sich nicht unbedingt um den physischen Körper. Margaret Lock und Nancy Scheper-Hughes (1987) entwickeln in ihrem Aufsatz „The mindful body“ ein umfassendes Körperverständnis, das sich in drei Bereiche gliedert. Diese vermitteln einen Zugang zur Sozialstruktur, zur subjektiven Erfahrung sozialer

Beziehungen und zu den Machtverhältnissen innerhalb einer Gesellschaft. Dabei sprechen sie vom sozialen Körper, vom individuellen Körper und von der Körperpolitik (vgl. Hsu 2000: 177-178).

#### 3.3.4.2 Der soziale Körper

Unter dem sozialen Körper versteht man, wenn die soziale Welt dazu benützt wird, der unbekanntem Welt des Körpers Bedeutung zu geben. Als Beispiel kann die chinesische Medizin dienen, in der den Organen im Körper Funktionen von Ämtern der Zentralregierung zugeschrieben werden. So wird das Herz mit dem Herrscher gleichgesetzt, aus dem Lebensgeist und Erleuchtung heraus kommen. Die Lunge ist das Amt des Ministers der für Kontrolle und Rhythmus zuständig ist (vgl. Unschuld 1980: 62).

Vom sozialen Körper wird auch im umgekehrten Fall gesprochen: Wenn der Körper die Metaphorik für die soziale Welt liefert. Als Beispiel bringt hier Lock und Scheper-Hughes die Beschreibung des Hauses bei den westafrikanischen Dogon von Marcel Griaule (1965):

„The vestibule, which belongs to the master of the house, represents the male part of the couple, the outside door being his sexual organ. The big central room is the domain and the symbol of the woman; the store-rooms each side are her arms, and the communicating door her sexual parts. The central room and the store rooms together represent the woman lying on her back with outstretched arms, the door open, and the woman ready for intercourse.” (Griaule zit. nach Lock/Scheper-Hughes 1987: 21).

Solch verschiedene Kosmologien beeinflussen auch die Interpretation von Krankheit und die Praxis des Heilens. Die größten Unterschiede zwischen moderner Biomedizin und nicht-westlichen ethnomedizinischen Systemen liegen daran, dass bei ersterem Körper, Geist und Selbst als eigenständige getrennte Einheiten gesehen werden. Krankheit befindet sich somit im Geist oder Körper. Soziale Beziehungen spielen dabei eine untergeordnete Rolle. In vielen ethnomedizinischen Systemen gibt es jedoch die Trennung von Körper, Geist und Selbst so nicht. Somit gibt es auch keine genaue

Lokalisierung von Krankheit. Soziale Beziehungen spielen auch eine wesentliche Rolle bei individueller Krankheit, da der Körper als eine Einheit gesehen wird, die sowohl Aspekte vom Selbst wie von sozialen Beziehungen vereinigt. Dadurch ist er auch abhängig und anfällig für Gefühle, Wünsche, Geister, toten Vorfahren und anderem. Der Körper wird somit nicht als komplexe Maschine sondern als Mikrokosmos des Universums verstanden (vgl. Lock/Scheper-Hughes 1987: 21).

#### 3.3.4.3 Der individuelle Körper

Die ethnologische Untersuchung des individuellen Körpers geht davon aus, dass wie das Individuum seinen Körper sieht, Aufschluss über die Gesellschaft, in der es lebt, geben kann. In westlichen Gesellschaften wird prinzipiell zwischen Körper und Geist unterschieden. In der westlichen Medizin stand seit Descartes vor allem der Körper als Maschine im Vordergrund. Dem Geist wurde nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Erst seit dem 20. Jahrhundert wird mit Hilfe der Psychiatrie und der psychosomatischen Medizin wieder versucht Geist und Körper in der klinischen Theorie und Praxis zu vereinigen. Doch auch in der psychosomatischen Medizin und Psychiatrie gibt es immer noch die Tendenz menschliche Beschwerden zu kategorisieren und zu behandeln als wären sie entweder rein organisch oder hätten ihre Ursache nur im psychologischen Bereich. Lock und Scheper-Hughes meinen, dass es uns einfach an präzisiertem Vokabular fehlt, um mit dem Zusammenspiel von Geist, Körper und Gesellschaft wirklich umgehen zu können. Daraus resultieren viele fragmentarische Konzepte, wie das bio-soziale, das psychosomatische oder somatisch-soziale Konzept (vgl. Lock/Scheper-Hughes 1987: 9-10).

##### 3.3.4.3.1 Nicht westliche Erkenntnislehren

Der Dualismus von Geist und Körper und auch anderen Begriffsoppositionen wie Natur und Kultur, Leidenschaft und Verstand sind wesentlicher Bestandteil unserer westlichen Erkenntnislehre und werden auch oft fälschlicherweise als universelle Kategorien gesehen. Neben dem Konzept von dualistischen Beziehungen gibt es jedoch auch

holistische Ansätze. Diese lassen sich anhand von zwei Konzepten gut beschreiben. Das erste beruht auf der Vorstellung, dass alles, vom Kosmos bis zum einzelnen Organ des Menschen, eine Einheit bildet. In diesem Sinne kann man von einer Beziehung von Mikro- und Makrokosmos sprechen. Das zweite Konzept lässt sich als System von ergänzenden Dualitäten charakterisieren, in denen die Beziehung von Teilen zum Ganzen betont wird.

Als Beispiel kann die chinesische Kosmologie von Yin und Yang dienen. In diesem System wird der Kosmos als Zustand zwischen zwei Kräften gesehen: dem Yin und Yang, dem männlichen und dem weiblichen, dem Licht und dem Dunklen. Auch der menschliche Körper schwingt zwischen diesen Kräften. Um einen gesunden Körper zu haben, müssen die Kräfte im richtigen Verhältnis zueinander stehen. Dabei wird der gesunde Körper mit dem gesunden Staat verglichen. So wird in beiden Zuständen von Ordnung, Gleichgewicht, Harmonie und Hierarchie gesprochen. Die Gesundheit des Menschen hängt somit vom richtigen Gleichgewicht in der Welt ab, wie die Gesundheit der einzelnen Organe vom richtigen Gleichgewicht zu den anderen Organen.

#### 3.3.4.3.2 Individuum und Selbst

Auch das Gegensatzpaar von Individuum und Gesellschaft gibt es in anderen Erkenntnislehren nicht. Westliche Psychologen beschreiben Individualisierung als Entfremdung von Eltern und anderen Familienangehörigen, welcher als wichtiger Entwicklungsschritt beim Reifeprozess angesehen wird. Jedoch ist dies nur eine kulturgebundene Ansicht. In Japan gilt immer noch die Familie als natürlichste fundamentalste Einheit in der Gesellschaft und nicht die Person. So handelt der Mensch auch immer im Kontext einer sozialen Beziehung und nicht autonom. Die Selbstidentität ändert sich mit dem sozialen Zusammenhang, besonders durch die vorherrschende Hierarchie innerhalb einer sozialen Beziehung. Anpassung und Abhängigkeit werden, auch im Erwachsensein, nicht als Schwäche angesehen, sondern als innere Stärke (vgl. Lock/Scheper-Hughes 1987: 14-15).

Es gibt viele solche sozialorientierte Konzepte vom Selbst, welche auch eine Relevanz für das ethnomedizinische Verstehen haben. So werden Krankheiten in Kulturen, welche ein weniger individualisierte Vorstellung vom Körper und Selbst haben, oft durch brechen von sozialen oder moralischen Regeln, oder durch Streitigkeiten in der Familie oder der Dorfgemeinschaft erklärt. Das hat auch Auswirkung auf die Therapie. Dort steht dann nicht eine Person im Mittelpunkt sondern die ganze Gruppe (vgl. Lock/Scheper-Hughes 1987: 15).

#### 3.3.4.3.3 Körperbilder

Körperbilder repräsentieren kollektive und spezifische Vorstellungen, die ein Individuum von seinem Körper in Beziehung zu seiner Umwelt hat. Die Ethnomedizin interessiert sich vor allem für Körperbilder in verschiedenen Gesellschaften, deren Begrenzungen und Verzerrungen. Einzelne Organe, Körperteile oder Körperflüssigkeiten können so spezielle Bedeutung für eine Gesellschaft haben. So hat zum Beispiel für die Franzosen, Spanier und Portugiesen die Leber die Funktion Schuld zu absorbieren. Für die Amerikaner ist wiederum das Rückgrat von besonderer Bedeutung. Es steht nicht nur für Mobilität, sondern auch dafür, dass man sich vor „nichts bücken muss“ und für seine Überzeugungen „gerade steht“. Blut steht in fast allen Gesellschaften für das Leben und viele Gesellschaften verwenden die Qualität des Blutes, deren Druck und deren Zirkulation zur Diagnose von Krankheiten. Der traditionelle chinesische Arzt macht zum Beispiel seine Diagnose in dem er die Handgelenke des Patienten nimmt und den Puls mit seinem eigenen vergleicht, ein Prozess der mehrere Stunden dauern kann (vgl. Lock/Scheper-Hughes 1987: 16-18).

Der Ethnomedizin liefern anatomische Vorstellung und Körperbilder zahlreiche Daten über die kulturelle und sozialen Auffassung was der Mensch ist und wie er sozial integriert ist, aber auch wie Wohlbefinden aussieht und wie dieses gefährdet werden kann.

#### 3.3.4.4 Die Körper-Politik

Mary Douglas untersuchte 1969 Hexerei und Hysterie in modernen afrikanischen Gesellschaften und den USA. In jedem Beispiel wird das Gemeinwesen mit dem menschlichen Körper verglichen. Dabei ist meist das was „innen“ ist gut (z.B. die soziale Gruppe/Regeln, der eigen Körper), das was „außen“ ist schlecht (z.B. der/das Fremde). Wird das Gemeinwesen nun bedroht, wird einerseits versucht, sie von Verrätern oder Übeltätern zu bereinigen, andererseits gewinnt auch die rituelle Reinheit an Bedeutung. Wird dieser zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, entstehen Ängste davor, dass man Blut, Sperma, Tränen oder Milch verliert. Hexerei entsteht so, als kulturelle Metapher für die Existenzbedrohung eines Gemeinwesens, egal ob diese Bedrohung nun real ist oder imaginär. Die Grenzen zwischen individuellen und politischen Körpern verschwimmen dabei. So werden bei einer Bedrohung nicht nur die sozialen Kontrollen erhöht, sondern auch die Selbstkontrolle (vgl. Douglas 1969: 114-139).

Neben der Kontrolle des Körpers kann der Körper auch neu sozialisiert und reproduziert werden. In Zeiten der Gefahr kann so eher der Körper eines wilden und tollkühnen Kriegers erwünscht sein, während im westlichen Industrieländern der politisch richtige Körper, der dünne, starke und fitte ist, welche die Werte von Autonomie, Zähigkeit, Wettbewerbsfähigkeit und Jugendlichkeit widerspiegelt. In Amerika und auch in Europa gewinnt die Körperpolitik im gesellschaftlichen Diskurs immer mehr an Bedeutung. Gesundheit wird zunehmend als Zustand beschrieben der nicht gegeben ist, sondern den man sich durch gesundes Leben, richtige Ernährung und Fitness erarbeiten muss. Im Gegensatz dazu wird Krankheit nicht mehr als zufällig angesehen, sondern als persönlicher Fehler, den der Erkrankte selbst verschuldet hat (vgl. Lock/Scheper-Hughes 1987: 25).

Die Körper-Politik kann auch groteske Verzerrungen des Körpers hervorbringen, wie die gebundenen Füße der Frauen in China oder der Medikalisierung der Gesellschaft. Das bekannteste Thema der Körper-Politik ist wohl die Essensstörung. In der Arbeit von Lock und Scheper-Hughes wird sie als das Resultat auf die widersprüchlichen Anforderungen in der Postindriegesellschaft beschrieben. Einerseits soll man der

angepasste und beherrschte Arbeiter sein, der mit Selbstdisziplin seinen Körper schön und gesund hält, andererseits soll man auch zügelloser und vergnügungssüchtiger Verbraucher sein. Da man nicht hedonistisch und kontrolliert zugleich sein kann, wechseln sich Phasen des ungezügelter Essens, Betrunkens und Betäubens mit Phasen des Joggings, Reinigens und Erbrechen (vgl. Lock/Scheper-Hughes 1987: 26).

Die Körper-Politik hat auch noch andere Auswirkungen auf den individuellen Körper. So wurde durch die Ausweitung der Krankheitskategorien die Definition des Normalen immer mehr eingeschränkt. Negative und feindliche Gefühle wurden von Ärzten zu Symptomen von neuen Krankheitsbildern, wie das prämenstruelle Syndrom oder das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. Auf diese Weise können weibliche Wut oder Langeweile von Schulkindern und Schulphobien als individuelle Pathologien, aber nicht als sozial bedeutende Zeichen umgeformt werden. Diese Entwicklung führte zu einer Medikalisierung der Gesellschaft und einer Überproduktion von Krankheit in industriellen Gesellschaften (vgl. Lock/Scheper-Hughes 1987: 26-27).

#### 3.3.4.5 Die Körper-Ökologie

Elisabeth Hsu führt einen weiteren theoretischen Zugang zum Körper in der Medizinethnologie ein. Er betrifft die lokal-geographischen Ereignisse, die sich in medizinischen Praktiken und Konzepten niederschlagen. Sie ist der Meinung das Konzepte wie „heiß-kalt“ oder „trocken-nass“ hauptsächlich durch geschichtlich bedingte Entwicklungen erklärbar sind. So steht „Qi“ in der chinesischen Medizin für die kosmische Energie, die alles und jeden durchfließt. Eine Untersuchung aus körperökologischer Perspektive zeigt auf, dass dieses Konzept während der Han-Dynastie an Bedeutung gewann, als das chinesische Reich zum ersten Mal vereint wurde und in vielerlei Hinsicht einem totalitären Staat gleichkam. Qi als Konzept war somit Bestandteil einer Herrschaft, die nach universaler Autorität trachtete.

Der Begriff Körper-Ökologie beschreibt die in vielen Medizinpraktiken innewohnende Vorstellung, dass zwischen Körper und Makrokosmos eine enge Beziehung besteht. Prozesse innerhalb des Körpers sind Folge und Ausdruck von Dynamiken, die

außerhalb des Körpers in seiner Umgebung stattfinden. Hsu empfiehlt in diesem Zusammenhang, dass bei medizinethnologische Untersuchungen neben, sozialen Institutionen, subjektiven Wahrnehmung und gesellschaftsbedingten Überwachung und Formung des Körpers eben auch makrokosmischen ökologischen Aspekten, wie Saisonale Zyklen, klimatische Veränderungen oder der Beziehung zur Tier- und Pflanzenwelt mit einbezogen werden sollen(vgl. Hsu 2000: 185-187).

#### 4. Migration und Gesundheit

##### 4.1 Gesundheitliche Situation von Migranten in Österreich

Es gibt sehr wenige amtliche Statistiken oder sozialwissenschaftliche Studien über die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Österreich. Einzig die Mikrozensusserhebungen der Statistik Austria aus dem Jahr 1999 die im „Österreichischen Migrations- und Integrationsbericht“ 2003 ausgewertet wurden, geben einen Überblick über die Situation. Die hier angegebenen Daten stammen aus dem Bericht „Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich“ aus dem Jahr 2003.

##### 4.1.1 Gesundheitszustand

- 1) Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes: Der Mikrozensus 1999 ergab, dass es keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung des Gesundheitszustandes zwischen Personen österreichischer, türkischer und ex-jugoslawischer Herkunft gibt. Einzig die Gruppe der über 54-jährigen Ex-Jugoslawen und Türken gab einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand an.
- 2) Beschwerden und (chronische) Krankheiten: Einige Untersuchungen führen eine Reihe von Krankheiten an, die bei Migranten öfter diagnostiziert werden als bei Österreichern: psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, sexuelle Störungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Erkrankungen des Skelett- und Stützapparates, Berufskrankheiten, Hepatitis B und Tuberkulose.

- 3) Krankenstandstage: Auch hier gab es keine signifikanten Unterschiede, außer das die über 54-jährigen Migranten seltener angaben, krank gewesen zu sein.

#### 4.1.2 Gesundheitsverhalten

Im gesundheitsbezogenem Lebensstil gibt es erhebliche Unterschiede zwischen Migranten und Österreichern. Zum einen betreiben Migranten deutlich weniger Sport als Österreicher, zum anderen bemühen sie sich aber mehr um gesunde Ernährung. So geben nur 8 Prozent an gelegentlich Alkohol zu trinken, im Gegensatz dazu tun das 33 Prozent der Österreicher. Auch im Rauchverhalten gibt es große Unterschiede: 38 Prozent der Österreicher geben an regelmäßig zu rauchen, hingegen 63 Prozent der Ex-Jugoslawen und 23 Prozent der Türken.

#### 4.1.3 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Bei der Impfprophylaxe gibt es enorme Unterschiede zwischen Österreichern und Migranten. Migranten lassen sich deutlich seltener gegen Kinderlähmung (46 vs. 53 Prozent), Tetanus (52 vs. 70 Prozent) und FSME (45 vs. 71 Prozent) impfen und nehmen laut Befragung auch viel weniger an Gesundenuntersuchungen teil (5 vs. 15 Prozent). Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen werden von beiden Gruppen ungefähr gleich oft in Anspruch genommen.

#### 4.2 Krankheitsrisiko Migration

Migration, egal ob freiwillig oder unfreiwillig, ist immer mit unzähligen Fallen, sozialen Problemen und Bedrohungen für die psychische und physische Gesundheit verbunden. Unabhängig von der Art der Migration, der Altersgruppe oder dem Typ der Familienstruktur geht Migration immer mit Stress und Unsicherheit einher.

#### 4.2.1 Belastung der Migration

Es gibt viele verschiedene Arten von Migration auf die schon die Lebensumstände in den Herkunftsländern und deren Migrationstradition großen Einfluss haben. So können bereits migrierte Verwandte oder Bekannte den eigenen Migrationsentscheid erleichtern und das Migrationsziel von vornherein klar sein lassen. Bei einer Flucht und einem eventuellen anschließend illegalen Aufenthalt bei zufällig kennen gelernten Leuten, oder Kriegsflüchtlingen, die ihr Zuhause plötzlich über Nacht verlassen müssen und alles zurücklassen, ist die Belastung sehr stark. Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die das Leben während der Migration prägen, wie die Länge des geplanten Aufenthalts, welche Unterstützung man sich im Aufnahmeland erwarten kann, ob der Weg direkt erreicht werden kann oder mit Gefahr verbunden ist und ob das Ziel überhaupt bekannt ist. Ins besonderes die Erfahrung von totaler Desinformation, Unsicherheit und Hilflosigkeit ist für die betroffenen Personen einschneidend und oft traumatisierend. Die Art und Weise wie die Migration erfahren wird hat somit schon einen wesentlichen Anteil daran, wie gut man die neue Lebenssituation meistern kann (vgl. Domenig 2001b: 71- 72).

#### 4.2.2 Fremdenfeindlichkeit

Die Aufnahmesituation hat sich in den letzten Jahrzehnten in den westlichen Ländern zunehmend verschlechtert. Die Migranten fühlen sich immer mehr missachtet und ausgegrenzt, da ihnen die Rechte auf Arbeit, Wohnung, Ernährung, Bildung und Sinnggebung des Lebens häufig nicht zugestanden werden (vgl. Collatz 1998: 41). So können in Österreich Migranten bei Verlust ihrer Arbeit, oder wenn die Wohnung für die Familie zu klein ist, aber auch wenn sie oder die Beamten eine Frist versäumen, ausgewiesen werden. Familien dürfen frühestens nach zwei Jahren erfolgreicher Migration eines Mitgliedes zusammenleben. Ein Recht auf Familienzusammenführung haben nur heterosexuelle, staatlich sanktionierte Ehen, Lebensgemeinschaften sind ausgeschlossen (vgl. Domenig 2001b 73-74).

#### 4.2.3 Arbeitsbedingungen

Arbeit ist notwendig zur Existenzsicherung und für Migranten auch wichtig für die Integration, da am Arbeitsplatz die meisten Erfahrungen mit dem Aufnahmeland gemacht werden. Für viele ist die Aufenthaltsbewilligung auch an einen fixen Arbeitsplatz gebunden. Der Verlust der Arbeitsstelle kommt somit einer Abschiebung gleich. Die Arbeitsbedingungen für Migranten sind oft schlecht. Die Arbeitszeiten befinden sich häufig außerhalb der Norm (Nacht-, Schicht-, Akkordarbeit). Außerdem sind sie auch öfter gesundheitsbelastenden Umwelteinflüssen wie z.B. hohem Staub und Schadstoffgehalt in der Luft, große Temperaturwechsel, schweren Hebetätigkeiten ausgesetzt. Da ausländische Diplome und Berufsabschlüsse meist nicht anerkannt werden, arbeiten sie oft unterqualifiziert als Hilfsarbeiter mit einem minimalen Lohnsatz. Für Migranten mit traditionell geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung kommt zusätzlich auch noch die Hausarbeit und Kinderbetreuung dazu, deren Folge oft eine chronische Überbelastung ist (vgl. Domenig 2001b: 74-75).

#### 4.2.4 Familiäre Wandlungsprozesse

Bei Migranten kommt es oft zu einem zunehmenden Verlust der Zugehörigkeit zur Herkunftsgesellschaft aber auch zur fehlenden Integration im Aufnahmeland. Auch wird Migration oft als temporärer Zustand verstanden, der vor allem durch Entsagung und harter Arbeit gekennzeichnet ist. All das hat Auswirkung auf die Familienstruktur. Oft fehlen die sozialen Netze der Frauen und Männerkollektive, in denen die Probleme besprochen und gelöst werden, die helfende Großfamilie, oder ritualverwandtschaftliche Beziehungen, die als soziales Sicherungssystem dienen. Auch ändern sich die Rollenbilder innerhalb der Familie. Bei Krisen wie Arbeitslosigkeit oder Erkrankung bei den Männern, wird ihre Rolle als Familienoberhaupt und Ernährer geschwächt oder verlieren diese ganz, was zu massiven Konflikten und Zusammenbrüchen in der Familie führen kann. Es stellt sich auch die Frage, ob die Frau sich eine bezahlte Arbeit suchen soll, oder um die Hausarbeit kümmern soll. Arbeitet sie kommen die traditionellen Vorstellungen von Männer- und Frauenrollen ins Wanken, bleibt sie Zuhause fehlt es oft am Geld und die Frau fühlt sich zunehmend isoliert (vgl. Domenig 2001b: 75-78)

#### 4.2.5 Asylsuchende

Bei Asylsuchenden geschieht die Migration meist aufgrund von realen Lebensbedrohungen und aus Not. Sie haben es mit besonders schwierigen Integrationsbedingungen zu tun. Zum einen finden sie aufgrund der restriktiven Zulassungspolitik nur sehr schwer Zugang zum Arbeitsmarkt, zum anderen sind sie oft aufgrund belastender und traumatisierender Erfahrungen psychisch belastet. Auch der rechtliche Status von Asylsuchenden, die jahrelange Unsicherheit, ob ihnen Asyl gewährt wird oder nicht, mögliche Abschiebung oder Schubhaftaufenthalte, führen dazu, dass Asylsuchende besonders gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind (vgl. Domenig 2001b:78-79).

#### 4.2.6 Illegalität

Illegale Einwanderung spielt in den letzten Jahren eine immer wichtigere Rolle, da durch neue Einwanderungsbegrenzungen für Arbeitsmigration und Einschränkungen bei der Asylgewährung die Zahl illegaler Einwanderung stark gestiegen ist. Das Leben in der Illegalität hat schwere Auswirkungen auf die Lebensqualität. Zum einen leben die Betroffenen meist in sehr schlechten Verhältnissen auf engem Raum, zum anderen können sie nur als Schwarzarbeiter arbeiten und haben somit keinen Zugang zu Sozialleistungen oder Versicherungen. Bei Krankheit oder Unfällen wird der Arztbesuch meist so lange hinausgezögert, bis sich der Zustand so weit verschlechtert hat, dass kein Aufschub mehr möglich ist. Dann werden meist illegal praktizierende Ärzten oder Heiler aufgesucht, wodurch sich der Gesundheitszustand noch verschlechtern kann. Eine große Belastung besteht auch in der ständigen Angst vor der Polizei und einer möglichen Abschiebung. Dieser psychische Druck ist enorm und kann schwerwiegende psychische Folgen haben (vgl. Domenig 2001b: 79-80).

Abschließend soll noch erwähnt werden, dass die WHO folgende Bereiche als Voraussetzung für Gesundheit nennt:

„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem,

eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ (WHO 1986: 1).

Damit wird klar, dass es vielen Migranten an wesentlichen Determinanten für ein gesundes Leben fehlt. Zwar sind sie nicht per-se kranker als Nicht-Migranten, jedoch können ihre Lebensumstände vor, während und nach der Migration in vielen Fällen als krank machend bezeichnet werden(vgl. Domenig 2001b:80-81).

#### 4.3 Erklärungsmodelle zu Gesundheitsfragen im Migrationskontext

Es gibt drei unterschiedliche Modelle im Zusammenhang von Migration, Integration und Gesundheit. Im Gesundheitsbereich dominierten die längste Zeit vor allem zwei Orientierungsweisen: Eine geht davon aus, dass das erlernte biomedizinische Wissen und Handeln gültig und für jeden Menschen anwendbar ist. Die andere ist der Meinung, dass man die Behandlung von Migranten nur mit dem speziellen ethnographischen Wissen über die Herkunftskultur gelingen kann. Verwey (2000) bezeichnet ersteres als universalistisch - integrative, das zweite als relativistisch - kulturalistische Modell. In einem dritten Modell wird versucht dem Migrationskontext Rechnung zu tragen, indem mehrere kulturelle Kontexte miteinander in Verbindung gebracht werden. Dem universalistisch und dem kulturalistisch ausgerichteten Modellen ist gemeinsam, dass sie sich auf einen statischen Kulturbegriff stützen, während das kontextbezogene Modell Kultur als Prozess betrachtet.

##### 4.3.1 Kulturalistisches Erklärungsmodell

Das kulturalistische Modell ist bis Mitte der neunziger Jahre das am stärksten verbreitete Modell. Kranksein in der Migration wird dabei vorwiegend als kulturelles Problem gesehen. Es wurde vor allem über Sprachschwierigkeiten und fehlende Informationen über Unterschiede in den medizinischen Systemen geklagt. Man war der Meinung, wenn man genug ethnographisches Wissen gesammelt hätte, würde man alle

Probleme lösen können. Diese Einstellung kann aber zu großen Missverständnissen führen. Als Beispiel beschreibt Verwey:

„Eine junge Frau aus Marokko lebt seit einem Jahr mit ihrem Ehemann in den Niederlanden, als sie ihren Hausarzt wegen ernster Bauchschmerzen aufsucht. [...] Der Arzt hat einen ärztlichen Weiterbildungskurs über Migration besucht und ist sich der Bedeutung der ethnisch-kulturellen Herkunft der Patienten bewusst. Da er keinen somatischen Befund feststellt, vermutet er, die junge Frau leide an den Folgen der sozialen Isolation. Ihr Ehemann bestätigt, dass sie keine Verwandten in der Nähe haben, dass seine Frau nicht gern allein aus dem Haus gehe und dass sie sehr religiös sei. Der Arzt folgert, die Beschwerden hätten ihre Ursache in den religiösen Prinzipien und kulturellen Normen in Bezug auf die Stellung der Frau im Islam. Er verweist das Ehepaar an einen marokkanischen Sozialarbeiter. Das Paar weigert sich aber, mit diesem Kontakt aufzunehmen und konsultiert einen anderen Arzt. Es dauert fast ein Jahr, und es braucht mehrere Ärzte, bis deutlich wird, dass das Paar Fruchtbarkeitsprobleme hat.“ (Verwey 2000: S.287)

Der Arzt deutet die Leiden der Frau vorschnell als Folge der typischen Rolle einer Frau in der islamischen Kultur. Andere Komponenten werden gar nicht in Betracht gezogen.

Anfangs der 90er Jahre wurde die kulturallistische Sicht, aufgrund der statischen Interpretation von Ethnisierung immer mehr kritisiert. Während des Integrationsprozesses halten die Migranten zwar oft an bestimmten Handlungen oder Werten ihrer Herkunftskultur fest, jedoch können sich diese aber auch stark verändern. Bedeutungen und Werte werden in der neuen Umwelt integriert und transformiert, wodurch ganz neue Mischformen entstehen. Bei diesen Wandlungsprozessen, die meist nicht konfliktfrei ablaufen, haben die Patienten durchaus die Wahl, welche Anteile aus welcher soziokulturellen Welt sie bevorzugen (vgl. Verwey 2000: 286).

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die oft verwendete Argumentationsstrategie der „kulturellen Fremdheit der Klienten“ (Habermann 1997: 56) oft dazu verwendet wird, um von politischen, strukturellen und sozialen Benachteiligungen abzulenken. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass ökonomische Bedingungen wesentliche

Rahmenbedingungen für Gesundheits- und Krankheitsverhalten bilden (Habermann 1998: 158-159).

#### 4.3.2 Kontextbezogenes Erklärungsmodell

Wie kann nun eine kulturallistische Betrachtungsweise vermieden werden? Als wichtiger Punkt gilt, dass die ansässige Bevölkerung mit einbezogen werden muss. Bei der Thematisierung der „anderen“ muss immer auch die eigenen Befindlichkeiten und Strukturierungen als Vergleichsgröße untersucht werden. Interkulturelle Probleme können immer als Hinweis gesehen werden, dass generell die Wahrnehmung und Berücksichtigung unterschiedlicher Deutungen unterentwickelt ist. Verwey bringt folgendes Beispiel:

„Hat eine 17-jährige Schweizerin Probleme, so wird dies auf Schwierigkeiten der Spätadoleszenz zurückgeführt, hat aber eine 17-jährige Türkin Probleme, dann kommen bei der Erklärung Kulturkonflikt, Migrationsentscheidungen, Sozialisationsbedingungen und Identitätsprobleme ganzer Generationen zum Tragen.“ (Verwey 2000: 285)

Als weiterer wichtiger Punkt gilt, dass immer auch die strukturellen Komponenten der Gesundheitsversorgung in Betracht gezogen werden müssen. Dabei wird das Medizinsystem als ein komplexes System betrachtet, bei dem institutionalisierte Umgangsformen, Krankheitskonzepte, gesundheitspolitische Interventionen und zwischenmenschliche Interaktionen sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Habermann 1998:159, Verwey 2000: 287-288).

Als weiterer Punkt wird vorgeschlagen soziale und biographische Gesundheits- und Krankheitsaspekte zu berücksichtigen. Um diese Dimensionen der Erkrankung aufarbeiten zu können, wurde die migrationspezifische Anamnese entwickelt (vgl. Salis Gross 1997: 889-890). Diese kann als Erweiterung der Sozialanamnese gesehen werden, bei der die aktuelle Lebenssituation, die Herkunft und die Umstände der Migration eruiert wird. Dabei werden drei sich gegenseitig beeinflussende biographische Dimensionen erfasst:

- Integrationsgeschichte: soziodemographische Angaben, internationale Netzwerke, ökonomische Situation, Gesundheitsverhalten, rechtlicher Status.
- Herkunftsgeschichte: soziale Lage, ökonomische Situation, Gesundheitsverhalten.
- Migrationsgeschichte: Motivation, Verlauf, mögliche Traumatisierung.

Diese Daten sollen dann in Bezug zur aktuellen Krankheit gesetzt werden, damit Ärzte die Lebenssituation ihrer Patienten und damit ihren eigenen Handlungsspielraum besser einschätzen können. Eine solche migrationsspezifische Anamnese, bei der ein Vertrauensverhältnis meist notwendig ist, kann oft sehr zeitintensiv sein und sich somit über mehrere Konsultationen hinweg strecken.

#### 4.4 Probleme in der Arzt-Patienten-Interaktion

##### 4.4.1 Probleme der sprachlichen Verständigung

Übereinstimmend berichten Ärzte aus ihrer Praxis, dass die sprachliche Verständigung das Hauptproblem im Umgang mit ausländischen Patienten ist, da sie zeit- und nervenraubend ist, und trotz aller Bemühungen oft nicht zum gegenseitigen Verständnis führt.

##### 4.4.1.1 Sprache und kulturelle Wirklichkeit

Die Sprache konstituiert unsere Wirklichkeit. Erst durch sie wird Wirklichkeit erfasst geordnet oder auch verändert. Durch die Sprache geben wir der Welt bestimmte Inhalte und Qualitäten, die die Wirklichkeit an sich nicht besitzt. Wir konstituieren die Umwelt und machen sie so zu „unserer Welt“. Wie dies nun aber geschieht kann von Kultur zu Kultur, von Gesellschaft zu Gesellschaft, von Mensch zu Mensch verschieden sein. Unsere sprachlichen Begriffe ermöglichen aber nicht nur das Wort-Verstehen, sondern auch das Verstehen von Inhalten und Handlungen. In Bezug auf das interkulturelle Sprechen und Verstehen, wie es in der Arzt-Patienten Interaktion passiert, sind vor

allein das Begriffs- und Handlungsverstehen von großer Bedeutung. So werden zwei Wörter in verschiedenen Sprachen, die das Wörterbuch als wechselseitige Übersetzung anbietet, sicher nicht die genau gleichen Gegenstände beschreiben. Ein ausländischer Patient kann zwar unsere Sprache sprechen, doch trotzdem wird er unter den Begriffen wie „Arzt“, „Krankheit“, „Diagnose“, „Therapie“ oder „Schmerzen“ etwas ganz anderes verstehen, als der heimische Arzt.

Beim Handlungsverstehen ist es wichtig, die mit dem Handeln verbundenen Absichten und Erwartungen zu entschlüsseln. Dies ist bei banalem allgemeinem menschlichem Handeln vielleicht noch möglich, jedoch bei komplexeren situativen Kontexten oder ritualisierten Handlungen, wie sie in der Medizin vorkommen, ist ein Verstehen schwierig, wenn sich die gewohnten Erfahrungen von denen der Partner unterscheiden. So kommt es dann ohne dieses Vorverständnis zu einem furchtbaren Kommunikationsverlauf (vgl. Zimmermann 2000:12-16).

#### 4.4.1.2 Sprache und Jargon

Ist die Verständigung in der Arzt-Patienten Kommunikation nun schon durch die kulturell unterschiedlich geprägten Begriffsinhalte und den verschiedenen existierenden verbalen Ritualisierungen erschwert, wird die Interaktion fast unmöglich, wenn dem ausländischen Patient schon das einfache Wortverstehen schwer fällt. Ein Gespräch wird dann meist reduziert auf das sogenannte „Ausländerdeutsch“. Dies passiert meist in dem Glauben, dass der Patient eben nur diese Sprache versteht. Dabei gibt es Variationen von einfachen korrekten Sätzen, bis hin zu einer herablassenden Jargonform, in der überwiegend Infinitive und Hauptwörter gebraucht werden. So entstehen Sätze wie „Kind viel krank, gehen Klinik sofort, Arztanrufen, sagen wann kommen“. Auch wenn diese Art des Redens nicht immer herablassend gemeint ist, zeigt sich in so einem Jargon die latent oder bewusst existierende ausländerfeindliche Einstellung (vgl. Zimmermann 2000: 16-18).

#### 4.4.1.3 Unangemessene Sprachstrategien mit ausländischen Patienten

Oft versuchen Ärzte in der Kommunikation Strategien einzusetzen, um dem Patienten das Verstehen zu erleichtern. So werden ausländische Patienten oft wesentlich lauter angesprochen, – das Ausländerdeutsch wird auch Fabrikdeutsch genannt, da so laut gesprochen wird wie in einer Fabrik – als ob das das Verstehen erleichtern könnte, oder die Inhalte werden besonders oft wiederholt. Die Patienten wiederum empfinden dieses Verhalten als Befehlssprache und herabsetzend. Dazu kommt, dass im Süden Europas und im Orient in der Arzt-Patienten-Interaktion viel ruhiger und rücksichtsvoller miteinander umgegangen wird, als hier. Es ist auch selbstverständlich, dass der Patient besonders aufmerksam ist und dem Arzt signalisiert, verbal oder nonverbal, ob er verstanden hat. Ständiges nachfragen, ist daher nicht von Nöten (vgl. Zimmermann 2000: 18-19).

#### 4.4.2 Die ethnokulturelle Barriere

Die Arzt-Patienten-Interaktion mit ausländischen Patienten wird zusätzlich erschwert, dass die Gesprächspartner üblicherweise von unterschiedlich orientiertem Handeln ausgehen. Im Allgemeinen haben ausländische Patienten eine „verständnisorientierte“ Einstellung, das heißt, sie sind von einem kommunikativen Handeln geleitet, während Ärzte meist von einer „erfolgsorientierten“ Einstellung ausgehen (vgl. Zimmermann 2000: 15-16).

##### 4.4.2.1 Die Stadien der Arzt-Patienten-Interaktion

Schipperges (1978) unterteilt die Arzt-Patienten-Beziehung in drei zu durchlaufende Phasen. Das ist die „elementar sympathische Sinnstufe“, in welcher der Arzt einem Kranken begegnet, dann kommt die „diagnostische Verfremdungsphase“, in welcher es zu einer Versachlichung durch technische Distanzierung kommt, und schließlich der „personale Sinnkreis“, wo der Arzt mit dem Patienten wieder auf höherer Ebene in eine Kommunikation tritt. In der westlichen Biomedizin liegt das Schwergewicht auf der zweiten Phase, während die beiden anderen, die vor allem Emotionalität und Sympathie

erfordern entsprechend vernachlässigt werden (vgl. Schipperges 1978: 458). Das ist der wichtigste Grund, warum deutsche Patienten mit der Arzt-Patienten-Beziehung unzufrieden sind, und das gilt umso mehr für ausländische Patienten.

#### 4.4.2.2 Aufklärungsbedürfnis

Die Probleme werden noch größer, da bei ausländischen Patienten ein weit größeres Aufklärungsbedürfnis besteht, als bei deutschen Patienten, das jedoch nicht erkannt oder bewusst ignoriert wird. Vor allem wenn Patienten den Ausführungen des Arztes nicht folgen können, ziehen sie es meist vor, sich die fehlenden Informationen woanders her zu beschaffen, da sie in ihrer unterprivilegierten Lage alle Situationen zu vermeiden versuchen, die das ihnen gegenüber existierende Vorurteil der intellektuellen Minderbegabung verstärken könnte. Vor allem ältere Patienten, die von den wissenschaftlichen und technischen Zusammenhängen meist völlig überfordert sind, haben in einem kurzen Arztgespräch kaum die Möglichkeit die nötigen Informationen zu bekommen. Werden jedoch die Vorstellungen und Befürchtungen des Patienten nicht mit dem Arzt besprochen, versuchen die Patienten, ihr Informationsbedürfnis bei anderen zu befriedigen. Dies führt meist dazu, dass der Patient verschiedene Perspektiven und Meinungen zu seiner Krankheit bekommt, was in zu der Annahme verführt, der Arzt habe in schlecht informiert oder gar belogen. Häufig kommen sie auch zu dem Schluss, dass ihr Zustand so gravierend sei, dass man ihnen die Wahrheit vorenthalten müsse (vgl. Zimmermann 2000: 22-24).

„Die immer wieder gestellte und nie erfüllte Forderung nach Schulung der Ärzte und der Pflegenden in spezifischer Gesprächsführung könnte dazu beitragen, daß sich Ärzte und Pflegende bewusst würden, daß die in Gesprächen zugrunde liegenden Einstellungen sehr verschieden sein können. Das würde verhindern, daß sie, die sich immer in Zeitnot befinden, die verständnisorientierten Gespräche der Patienten als langatmiges Geschwafel auffassen, und die erfolgsorientierten Gespräche des ärztlichen und pflegerischen Personals müßten dementsprechend nicht seitens der Patienten als unverständliches medizinisches Kauderwelsch empfunden werden“ (Zimmermann 2000: 24). Ergänzend soll erwähnt werden, dass diese Forderung nach Schulung der

Mediziner in der Gesprächsführung mit ausländischen Patienten zunehmend erfüllt wird und in Wien während des Studiums bereits dementsprechende Lehrveranstaltungen angeboten werden (Vergleiche Kapitel 5.3.1).

#### 4.4.3 Die Schichtbarriere

In dem oben gesagten zeigt sich schon, dass nicht nur die ethnische kulturelle Herkunft von Bedeutung ist, sondern auch die soziale Schicht. So halten einige Autoren den Einfluss der Schichtzugehörigkeit wichtiger als soziale und soziokulturelle Merkmale. So zeigt sich in einer Untersuchung der Arzt-Patienten-Beziehung bei deutschen Unterschichts- und ausländischen Patienten, dass beide Gruppen in der ärztlichen Versorgung ähnlich benachteiligt werden. Im Unterschied zu Patienten aus der Mittelschicht, die sich verbal besser ausdrücken können und gute soziale Voraussetzungen mitbringen, werden diese Patienten von Ärzten eher kurz abgefertigt. Obwohl die Ärzte den Eindruck haben, dass sie sich intensiver mit ihnen beschäftigen als mit Mittelschichtpatienten, zeigt der objektive Befund, dass der Kontakt kürzer verlief und weniger erklärende Redeanteile des Arztes enthielt (vgl. Leyer 1991: 60).

#### 4.4.4 Einstellung gegenüber heimischen Ärzten

In einer Untersuchung im Raum Heidelberg von Kroeger et al. (1986) zeigte sich, dass ältere Migranten aus der Türkei eine überzogene Erwartung von dem deutschen Medizinsystem haben. Das führt oft zu Gefühlen der Benachteiligung und Enttäuschung. Außerdem beklagen sich fast alle befragten Familien über ärztliche Fehlleistungen und die unpersönliche Beziehung zum Arzt. Dieser gebe zu schnell und zu viele Tabletten und operiere zu rasch. Bei chronischen oder seelischen Krankheiten kommt es dann oft zum sogenannten „doctor-shopping“, wobei mehrere Ärzte in Anspruch genommen werden. Den entscheidenden Grund dafür sehen die Autoren auch hier in der schlechten Beziehung zwischen Arzt und Patient. Die Kommunikationsprobleme führen auch zu „non-compliance“ (Nichtbefolgung ärztlicher

Anweisungen). Medikamentenbeipackzettel können die Probleme meist nicht ausgleichen, da sie selten verstanden werden (vgl. Kroeger nach Leyer 1991: 60-61).

#### 4.4.5 Überweisungsverhalten heimischer Ärzte

In der Heidelberger Untersuchung wurde auch festgestellt, dass türkische Patienten häufiger an andere Ärzte weiterüberwiesen werden als Deutsche. Als Ursache wird eine größere Unsicherheit in der Diagnosestellung aufgrund von Sprachbarriere und soziokulturell andersartigem Krankheitsausdruck genannt. Die ausdrucksstärkere Symptompräsentation der Türken erschreckt den deutschen Arzt oft und motiviert ihn zur Distanzierung und Überweisung zum Fachkollegen. Auf den emotionalen Ausdrucksgehalt und den hinter den Klagen verborgenen ernsthaften Erkrankungen kann er dann nicht mehr eingehen. Vor allem gegenüber einem schmerzbetonten, dramatischen Krankheitsausdruck südländischer Patienten zeigen deutsche Ärzte ein Abwehrverhalten. Deren Beschwerden werden vom Arzt oft bagatellisiert, obwohl sie gravierender waren, als die der ausdrucksärmeren deutschen Patienten (vgl. Leyer 1991. 61-62).

Im anschließenden Kapitel gehe ich genauer auf die unterschiedlichen Krankheitskonzepte und der damit einhergehenden Symptompräsentation ein, da diese neben der Sprachschwierigkeit, das größte Problem in der Arzt-Patienten-Interaktion darstellt.

### 4.5 Krankheitskonzepte und Symptompräsentation

#### 4.5.1 Bedeutung von Gesundheits- und Krankheitskonzepte

Alle Gesellschaften, gleich wie differenziert sie auch sein mögen, besitzen ein medizinisches System, das in gewisser Weise vorgibt, was man unter Krankheit und Gesundheit versteht und wie man sich im Umgang mit diesen verhält und handelt. So haben einfache Gruppen allgemein ein tradiertes, meist magisch geprägtes System, während hochtechnisierten pluralistischen Gesellschaften, neben einem

laienmedizinischen noch ein professionelles Medizinsystem. Übergangsgesellschaften besitzen meist ein Mischsystem aus traditionell volksmedizinischen und medizinisch-wissenschaftlichen Konzepten. Letzteres gilt für die Mehrzahl der Migranten aus den südeuropäischen und kleinasiatischen Gesellschaften.

Das Verständnis der Krankheit, also ihre Ursache und ihr Erkennen aufgrund spezifischer Symptome (Diagnose), die Behandlung mit den entsprechenden therapeutischen Maßnahmen und schließlich die Prognose, ist in allen Gesellschaften ein menschliches Bedürfnis, da es einen Prozess von existentieller Bedeutung darstellt. Krankheit muss konkretisiert werden, um sie systematisch bewältigen zu können, und so nicht in einer Angst vor einem unabwendbaren Schicksal zu versinken. Werden Krankheitskausalitäten gedeutet verlieren sie die Komponente der Unheimlichkeit und der Beängstigung und werden zu einer konkreten behandelbaren Seinsform. Ebenso wie die kausale Erklärung ist auch das Erkennen von entscheidender Bedeutung, denn die Einordnung in ein diagnostisches System eröffnet die Möglichkeit der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung, der Prognose und schließlich der Therapie. Wie nun jedoch diese Prozesse aussehen, kann grundverschieden sein. Sie können, wie in hochdifferenzierten Gesellschaften, durch mit großem technischen Aufwand wissenschaftlichen geführten Untersuchungen festgestellt werden, oder aber durch magische Rituale, welche durch Dämonen, Götter oder Hexern verursachte Krankheiten – welche auch als Läuterungen und Prüfungen gedeutet werden können - erkannt und geheilt werden (vgl. Zimmermann 2000: 35-37).

#### 4.5.2 Subjektive Krankheitskonzepte

In der Arzt-Patienten-Interaktion treffen zwei unterschiedliche Wissenssysteme aufeinander. Auf der einen Seite das professionelle, an naturwissenschaftliche bzw. klinische Erfahrung orientierte Modell des Arztes, auf der anderen Seite die Laienvorstellungen des Patienten, die weitgehend auf Alltagswissen basieren (siehe Kapitel 3.4). Das „Sich einlassen können“ auf die subjektiven Krankheitstheorien des Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gelungene Arzt-Patienten-Interaktion, da sie als einer der Hauptursachen der „non-compliance“ gehalten wird.

#### 4.5.2.1 Subjektive Theorien und Alltagswissen

Subjektive Theorien beruhen auf der Annahme, dass „das Subjekt im Alltag ähnlich dem Wissenschaftler bestimmte Annahmen über sich und die Welt hat. Diese Annahmen hängen in sich zusammen und sind thematisch miteinander verknüpft, weshalb dabei auch von »Theorien« die Rede ist (vgl. Flick 1991: 14). Sie haben die Funktion eine Situation zu definieren und Ereignisse erklären bzw. vorhersagen zu können. Somit wirken sie verhaltenssteuernd. In subjektiven Krankheitstheorien gehen unterschiedliche Wissensbestände ein: Wissen und Vorstellungen über Entstehung und Ursache von Krankheiten, sowie deren Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und deren Erfolgsaussichten. Als wichtige Faktoren für subjektive Theorien gelten Alter, soziale Schicht, etwaige Krankheitserfahrungen, oder das Geschlecht. So zeigt sich zum Beispiel, dass Frauen häufiger soziale Aspekte wie Partnerschaft oder Freundschaft in ihre Konzepte integrieren.

Im Alltag lassen sich unterschiedliche Wissenstypen identifizieren. Zum einen das praktische - zur Bewältigung der Alltagswelt - benötigte Wissen, zum anderen das kulturell motivierte Wissen (nomische Wissen), welches bei der Interpretation der Wirklichkeit und Entwicklung von Handlungsanleitungen eine wichtige Rolle spielt. Vor allem beim Erkennen der Krankheit und der Entscheidung welche Form der Behandlung angewendet wird (das professionelle medizinische System oder das Laiensystem) spielt das Alltagswissen eine wichtige Rolle. In der jüngeren Vergangenheit hat dieses auch zunehmend Bedeutung bei der Bewältigung lebensbedrohlicher Krisen, wie etwa bei sehr schweren Erkrankungen, gewonnen. Gerade in Situationen von Unsicherheit kommt dem Alltagswissen für individuelle Orientierungen und Handlungen wesentlich größere Bedeutung zu als extern gewonnenes Expertenwissen (vgl. Berg 1998: 81-83).

#### 4.5.2.2 Kulturspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit

Die Ethnomedizin betont schon lange, dass Wahrnehmung, Interpretation und auch die Bewertung von Symptomen durch kulturelle Faktoren geformt werden. Das gleiche

betrifft auch die Art und Weise wie Symptome ausgedrückt werden. Zola stellte bereits 1966 fest, dass bei derselben Diagnose z.B. Italiener mehr Symptome und Beschwerden, mehr beteiligte Körperregionen und mehr Formen der Beeinträchtigung nennen, als irische Patienten. Diese betonen wiederum besonders die Funktionseinschränkung. Für mexikanische Amerikaner sind Diarrhö oder Husten alltägliche Erfahrungen ohne Krankheitswert, genauso wie weiße Frauen aus der Unterschicht Rückenschmerzen für einen Teil der Alltagserfahrung und nicht als Krankheitssymptom wahrnehmen (vgl. Zola 1966: 617).

Kleinman meint dazu: „Krankheitsverhalten ist eine von kulturellen Regeln normierte Erfahrung; wir lernen »anerkannte« Arten krank zu sein, ... und die Erklärungen, und die Aktivitäten der Ärzte sind ebenso wie diejenigen ihrer Patienten kulturspezifisch“ (Kleinman 1978 zit. nach Leyer 1991: 78).

#### 4.5.3 Symptompräsentation

Diffuse Symptomdarstellungen, die die Anamnese erschweren und verzögern, werden als charakteristisch für Migranten beschrieben. Die Mediziner sind oft ratlos und beschreiben diese Art der Darstellung etwas abwertend als „Morbus türkikus“. Hinsichtlich der Diagnose wird dann oft nur spekuliert, was zu Fehl- und Verlegenheitsdiagnosen führen kann. Anhand von zwei Beispielen (Schmersymptomatik, Somatisierung) soll nun illustriert werden, inwieweit sich Symptompräsentationen unterscheiden und somit in der Arzt-Patienten-Interaktion zu Missverständnissen führen können.

##### 4.5.3.1 Schmerzsymptomatik

Die Schmerzforschung hat gezeigt, dass Schmerzempfindung ein sehr subjektives Phänomen ist, welches stark von ethnischen und kulturellen Faktoren abhängig ist. Eine Studie von Zborowski (1969) zeigt den starken ethnischen Einfluss auf Schmerzwahrnehmung und –ausdruck, Ursachenvorstellung und Behandlungserwartung. Dabei untersuchte er verschiedene amerikanische

Bevölkerungsgruppen. Es zeigte sich, dass zum Beispiel die Italiener ihre Schmerzen dramatisierten, während Iren und weiße Mittelschichts-Amerikaner kaum klagten. Die Italiener wollten auch sofort ein wirksames Schmerzmittel, während Juden gerade dies unakzeptabel fanden und lieber die wahre Ursache ihres Leidens suchten. Die weißen Mittelschichts-Amerikaner äußerten sich optimistisch und vertrauten auf die medizinische Technologie und ihre eigenen Bemühungen, während die Iren eher fatalistisch wirkten und die Schmerzen als eine Strafe für persönliches Verschulden interpretierten (vgl. Zborowski 1969 nach Leyer 1991: 77-78).

#### 4.5.3.1.1 Schmerzwahrnehmung

Hinsichtlich der Schmerzwahrnehmung zeigte sich, dass die Empfindungsschwelle (die geringste Reizstärke, die nötig ist, um eine Empfindung auszulösen) bei allen Menschen ähnlich ist, während die Schmerzschwelle (der Punkt an dem der Stimulusreiz als schmerzhaft empfunden wird) zwischen den Kulturen bereits unterschiedlich ist. Die größten Unterschiede zeigten sich jedoch hinsichtlich der Schmerztoleranz, also dem Punkt, an dem sich eine Person dem Stimulusreiz entziehen will. In einer Untersuchung von Sternbach (1965) zeigte sich dabei, dass Italienerinnen und jüdische Frauen die geringste Schmerztoleranz besitzen, amerikanische und irische Frauen eine deutlich höhere. Vor allem die Einstellung zum Schmerz und welche Bedeutung man diesem gibt, gilt als wesentliche Ursache für Unterschiede in der Schmerztoleranz.

Schmerzwahrnehmung ist von der Erziehung, den kulturellen Normen und Werten, dem erlernten Verhalten sowie von eigenen Sozialisationserfahrungen abhängig.

#### 4.5.3.1.2 Schmerzäußerung

Ethnokulturelle Unterschiede in der Art Schmerzen zu äußern, wurde in einer Studie von dem Anthropologen Zborowski (1952) an irischen, italienischen, jüdischen und alteingesessenen amerikanischen Schmerzpatienten untersucht. Auch Familienangehörige wurden zu ihrer Haltung gegenüber Schmerz und Schmerzäußerung befragt. Jüdische und italienische Patienten zeigten dabei erheblich

emotionalere Schmerzreaktionen als amerikanische und irische Versuchspersonen. Vor allem die Einstellung zum Schmerz wird als wesentliche Ursache für Unterschiede in der Schmerztoleranz angesehen. So verhalten sich jüdische Patienten eher pessimistisch gegenüber Ursache und Therapie. Die Italiener versuchen sofort Hilfe in Anspruch zu nehmen, die sie auch schnell zufrieden stellt. Die Amerikaner haben eine eher nüchterne Einstellung zum Schmerz, Iren hingegen ziehen sich eher zurück, um ihre Schmerzen unbeobachtet Ausdruck zu verleihen.

Die individuellen Schmerzäußerungen sind erworben und von kulturellen Werten, Normen und der eigenen Biographie geprägt. So zeigt sich bei Amerikanern mexikanischer Abstammung, dass sie Schmerzzeichen seltener ihre Aufmerksamkeit schenken, weil sie als mangelndes Durchhaltevermögen und als Zeichen der Schwäche gedeutet werden. Allerdings wird es schon akzeptiert, bei Schmerzen zu jammern. Natürlich üben neben diesen kulturellen Einflüssen auch die individuellen, persönlichen physischen und psychologischen Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf den Schmerzausdruck aus (vgl. Kohnen 2003: 11-14).

#### 4.5.3.1.3 Schmerzerleben

Durch Untersuchungen zum Schmerzbegriff in sozial- und familienorientierten Kulturen wurde festgestellt, dass dieser dort viel grundsätzlicher und emotionaler begriffen wird als in individual orientierten Gesellschaften. So untersuchte Kohnen (2003) eine Fischergruppe der Cabuntogueños auf der Insel Siargao. Es zeigte sich, dass dort Krankheiten als schmerzhaft eingeschätzt werden, bei denen nach medizinischem Wissen kaum somatische Schmerzen auftreten. So wird beispielsweise Blindheit als ebenso schmerzhaft wie Kopfschmerzen angesehen. Die Schmerzeinschätzung wird demnach nicht nur aus den körperlichen Befunden der Krankheit abgeleitet, sondern schließt auch das seelische Erleben mit ein.

Faktoren die den Schmerz beeinflussen umfassen auch soziale Einschränkungen, körperliche Einschränkungen, Sinnesreizungen und Funktionseinbußen, Prognose,

Behandlungskosten, Behandlungserwartung, Angst und Hilflosigkeit. Diese erweiterte Sicht von Schmerz wird als Schmerzerleben definiert:

„Schmerz ist die reflektive Beurteilung einer Sinnesreizung, die mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist. Das Schmerzerleben umfasst die somatische Sinnesverarbeitung und das unangenehme Gefühl, das die Beurteilung eines aktuellen oder potentiellen körperlichen oder seelischen Schadens begleitet. Die Beurteilung eines Schmerzes erfolgt analytisch-rational in Hinsicht auf seine Schmerzhaftigkeit und reflexiv-emotional in Hinsicht auf seine Schmerzlichkeit“ (Kohnen 2003: 19-20).

Das analytisch-rationale Schmerzerleben entsteht in der Folge der Frage nach der rationalen Ursache und dem Ort der Sinnesreizung. Hier kommt der somatische Schmerz begriff zum Tragen, unter dem man die rein körperlichen Erlebniswahrnehmungen eines Schmerzerlebnisses versteht. Dieses Schmerzerleben ist dann von großer Bedeutung, wenn es als nützlich angesehen wird, sich seinen Schmerz ohne jede emotionale Regung vorzustellen (Schmerzbewältigungsstrategie der Nordamerikaner), oder weil es gesellschaftlich als unfein angesehen wird Schmerz zu äußern (Schmerzbewältigung der Iren). Auch durch eine Ausbildung kann die Wertung somatischer gegenüber emotionaler Faktoren soweit überbewertet werden, dass die emotionalen Faktoren des Schmerzerlebens kaum eine Rolle spielt, wie bei der allgemeinen Tätigkeit von Ärzten und Pflegepersonal.

Wird beispielsweise die Frage: „Ist Blindheit schmerzhaft?“ analytisch-rational gestellt, muss man sich Blindheit und Erblinden als prozesshafte Erkrankung vorstellen, die mit dem Verlust der Funktion des Auges einhergeht, jedoch, wenn sie nicht mit einer akuten Entzündung verbunden ist, keine Schmerzen verursacht.

Stellt man die Frage reflexiv-emotional, kommt der emotionale Schmerz begriff zum Tragen, der auch seelische Phänomene als schmerzhaft erlebnisse wahrnimmt. So muss man sich einen blinden Menschen in seiner neuen Lebenswelt vorstellen, mit welchen Leiden und Schwierigkeiten er konfrontiert wird und welche Einschränkungen er hinnehmen muss. Aus solcher Sicht wird dann Blindheit als schmerzhaft erlebt. Das

Verhalten, Ereignisse des Lebens analytisch-rational oder reflexiv-emotional zu bewältigen, beeinflusst somit das Erleben des Schmerzes beträchtlich.

Schmerzen werden prinzipiell immer körperliche und seelisch wahrgenommen. Jedoch variieren die Anteile der beiden erheblich und sind von Faktoren wie Alter, Ausbildung und ethnischer Zugehörigkeit abhängig (vgl. Kohlen 2003: 18-45).

Bei der transkulturellen ethnomedizinischen Untersuchung von Kohlen (2003) wurde auch festgestellt, dass traditionelle Heiler das Krankheitserleben ihrer Patienten sehr gut beeinflussen können. Die körperlichen Krankheiten bleiben oft bestehen, jedoch werden sie nicht mehr als so bedrohlich und gefährlich wahrgenommen, was das Befinden der Kranken deutlich verbessert. Die Krankheit mag zwar schmerzen, aber sie wird nicht mehr als schmerzlich empfunden. Umgekehrt können naturwissenschaftlich ausgebildete Ärzte besser die körperlichen Krankheitserscheinungen beseitigen und somit der Krankheit die Schmerzhaftigkeit nehmen. Die Schmerzlichkeit kann aber trotzdem bleiben, auch wenn die körperliche Ursache beseitigt wurde, wie zum Beispiel bei chronischen Schmerzpatienten (vgl. Kohlen 2003: 20).

#### 4.5.3.2 Somatisierungsneigung

Migranten aus dem Mittelmeerraum stellen ihre Krankheiten oft organspezifisch dar, auch wenn sie eher als psychisch oder psycho-somatisch interpretiert werden. Auch kommt es oft zu diffusen Symptompräsentationen, bei denen der ganze Körper schmerzt. Daraus hat sich die Zuschreibung einer sogenannten Somatisierungsneigung von Migranten entwickelt (vgl. Berg 1998: 86).

„Der Körper als soziales Gebilde steuert die Art und Weise, wie der Körper als physisches Gebilde wahrgenommen wird; andererseits wird in der (durch soziale Kategorien modifizierten) physischen Wahrnehmung des Körpers eine bestimmte Gesellschaftsauffassung manifest. Zwischen dem sozialen und dem physischen Körpererlebnis findet ein ständiger Austausch von Bedeutungsgehalt statt, bei dem sich die Kategorien beider wechselseitig stärken. Infolge dieser beständigen Interaktion ist der Körper ein hochgradig restringiertes Ausdrucksmedium“ (Douglas 1986: 99).

Die Umwandlung emotionaler Konflikte in somatische Symptome kann so als „kulturell vorgeformte erlernte Technik der Körperkontrolle“ (Douglas 1986:100) gesehen werden. Die häufig beobachtbaren körpernahen und psychosomatischen Symptome bei Migranten sind somit Teil eines kulturellen und sozialen Modus, um psychosoziale Konflikte auszudrücken und sie in einen sozialen Dialog einzubringen (vgl. Leyer 1991: 64-65).

Somatisierung hat auch eine schichtspezifische Dimension. Personen niedriger sozialer Schichten zeigen so öfter körpernahe Symptome. Aus psychoanalytischer Sicht haben sozial benachteiligte Gruppen so die Möglichkeit, Diskriminierung und soziale Kränkung aus dem bewussten Erleben auf die Körperebene zu verlagern und so die Selbstachtung zu bewahren (vgl. Berg 1998:87).

Aus ärztlicher Sicht werden diffuse Symptompräsentation oft als Grund mangelhafter Sprachkenntnisse oder fehlendem anatomischem Wissen auf Seiten des Patienten gesehen. Jedoch stehen in allen Kulturen bestimmte Organe im Mittelpunkt des Krankheitsgeschehens und dies nicht nur in Übergangsgesellschaften, sondern auch in modernen Industrienationen (siehe auch Kapitel 2.3.4.4.3). In Frankreich werden so am häufigsten Leberfunktionsstörungen diagnostiziert, in England gastrointestinale Erkrankungen und in Deutschland Herzkreislaufkrankungen. In den südeuropäischen und vorderorientalischen Gesellschaften werden Krankheitssymptome besonders häufig im Kopf, sowie im Ober- und Unterbauch lokalisiert. Daher stammt auch der häufig abwertend genannte „Türkenbauch“.

Vor allem die Leber gilt im Orient als das sensibelste Organ. So gibt es Diagnosen wie „meine Leber wird groß“, „sie ist zerstückelt“ oder „sie fällt oder schwimmt weg“. Da die Leber auch Sitz negativer Emotionen ist, werden mit Trauer verbundene Zustände oft mit solchen Aussagen verdeutlicht. Neben psychischen oder psychosomatischen Beschwerden kann die Leber auch für alle anderen Organe des Ober- und Unterbauch stehen, wodurch die Diagnose erschwert wird (vgl. Zimmermann 2000:47-48).

#### 4.5.4 Krankheitskonzepte südeuropäischer und kleinasiatischer Gesellschaften

Vorweg soll gesagt sein, dass es *die* südeuropäische und kleinasiatische Gesellschaft als solche nicht gibt. Jedoch gibt es einige Gemeinsamkeiten, die diese Gesellschaften doch von anderen unterscheidet. Hier werden vor allem bäuerliche Schichten der Agrarregionen und die Unterschichten der Städte beschrieben, aus denen die meisten hier lebenden Migranten stammen. Es gibt auch keine Krankheitskonzepte, die für alle gelten. Viele Menschen aus jenen Regionen leben schon viele Jahre oder schon ihr ganzes Leben in Migration. Ihre traditionellen Vorstellungen existieren also nicht in Reinform, sondern sind vielmehr beeinflusst von unserem Medizinsystem. So entstehen ganz unterschiedliche Mischsysteme, bei denen die Ausprägungen der traditionellen Konzepte unterschiedlich stark ausfallen können. Auch ist es möglich das Patienten von einem System in das andere wechseln, je nach Art der Krankheiten und der Aussicht auf Heilung.

##### 4.5.4.1 Krankheit und Krankheitskausalitäten

Die somatische Krankheit wird in diesen Gesellschaften als ein in der Umwelt existierendes Sein angesehen. Sie kann an bestimmte Orte gebunden sein, oder sich frei in der Umwelt bewegen. Sie kann auch mit bestimmten Personen in Zusammenhang stehen – meist stigmatisierte Persönlichkeiten – „die dann den sogenannten „bösen Blick“ besitzen. Durch ihn werden Personen gewollt aber auch ungewollt krank gemacht (vgl. Berg 1998: 87). Die Krankheit dringt dabei über Körperöffnungen in den Menschen ein und befällt ihn immer als ganzen. Auch wenn sich Symptome nur an einem bestimmten Organ zeigen, wird der gesamte Körper als befallen angesehen. Daher auch die häufige Aussage „alles kaputt“, oder „alles schmerzt“ (vgl. Berg 1998: 89, Zimmermann 2000: 39).

Krankheitsursachen können aber auch in schlechten Wohn-, Ernährungs- und Klimabedingungen liegen. Dies kann zum Verlust der eigenen Mitte führen, wodurch es zur Erkrankung kommt. Vor allem aus dem türkischen Raum kennt man sogenannte „kalte“ und „heiße Krankheiten“, die dementsprechend immer mit der

entgegengesetzten Temperatur behandelt werden müssen, um wieder in die Mitte zu erlangen (vgl. Pfleiderer 1985: 92).

Eine weitere Krankheitsursache kann aus dem Ungleichgewicht der Körpersäfte entstehen. Diese Vorstellung hat ihren Ursprung in der Humoralpathologie, der sogenannten Säftelehre, nach der Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle immer im Gleichgewicht sein müssen. Blut hat dabei eine besondere Stellung. Ihr Verlust bedeutet grundsätzlich eine Schwächung des ganzen Körpers. Ist jedoch das Blut aufgrund eines Ungleichgewichtes erkrankt, muss es umgehend aus dem Körper entfernt werden, da sonst die Krankheit durch den Blutkreislauf den ganzen Körper verunreinigen kann. Dies gilt besonders für das Menstruationsblut, das immer ungehindert aus dem Körper austreten können muss (vgl. Zimmermann 2000: 40.41).

#### 4.5.4.2 Symptom und Grunderkrankung

In den hier beschriebenen Gesellschaften werden Symptome und Grunderkrankung meist als identisch gesehen. Man ist also erst krank wenn sich ein Symptom zeigt, verschwindet es, wird die Krankheit auch wieder als geheilt betrachtet. Die schlechte Compliance ausländischer Patienten wird zum großen Teil auf diese Annahme zurückgeführt: Warum Tabletten nehmen wenn kein Fieber da ist und sich sonst auch keine Symptome zeigen. Fieber wird in so einem Fall nicht als Symptom aufgefasst, sondern als die Erkrankung selber. Ist dieses nicht mehr vorhanden, gilt man auch als geheilt. Innerhalb eines Symptomkomplexes wird dabei immer das als am meisten störende oder schmerzhafteste als die Krankheit betrachtet. Auch bei psychischen oder psychiatrischen Störungen, die in diesen Gesellschaften meist als magische Beeinflussung aufgefasst werden, gibt es spezifische Symptome, die als die Krankheit wahrgenommen werden. So ist man von „bösen Blick“ betroffen, wenn man an Meidungsängsten oder Fluchtreaktionen leidet. Diese sind auch wieder keine Symptome sondern sind die Betroffenheit selber (vgl. Zimmermann 2000:41-43).

#### 4.5.4.3 Magisch introduzierte Erkrankungen

In südeuropäischen und kleinasiatischen Gesellschaften gibt es viele Erkrankungen und Störungen, die als magisch verursacht aufgefasst werden. Dazu zählen vor allem psychische und psychiatrische Erkrankungen, aber auch Behinderungen oder genetisch bedingte Krankheiten. Die krankmachende Kraft kann dabei hinsichtlich ihrer Wirkweise und Gefährlichkeit sehr unterschiedlich sein.

Als Quelle der magischen Kraft gelten meistens sozial stigmatisierte Personen, welche über den „bösen Blick“ verfügen. Durch ihn können Krankheiten entstehen, Familienzwise gestiftet oder Unglücksfälle herbeigerufen werden. Schützen kann man sich vor diesem Zauber, indem man sich von der Person fernhält oder durch spezielle Schutzmittel, welche den magischen Einfluss ableiten können. Kleinkinder und Babys sind besonders schutzlos dem „bösen Blick“ ausgeliefert und deswegen werden diese in den ersten Monaten gerne vor fremden Blicken ferngehalten. Dies kann zu Problemen in den Säuglingsstationen führen, da sie dort, nach dem traditionellen Verständnis, diesem schutzlos ausgeliefert sind. Auch werden Früherkennungsuntersuchungen oft nicht wahrgenommen, da die Angst besteht, dass auf Vorsichtsmaßnahmen vor dem „bösen Blick“ nicht eingegangen wird (vgl. Zimmermann 2000: 44).

Es gibt auch magische Beeinflussungen, die nicht von Menschen ausgehen, sondern die freiflottierend überall in der Umwelt existieren. Diese gelten vor allem als Erklärungsschemata für plötzlich auftretende Störungen psychischer Art, wie zum Beispiel lang andauernde Angstzustände, für die keine Gründe gefunden werden können (vgl. Zimmermann 2000:44).

Schwerere psychische und psychiatrische Störungen werden meist als Folge von Verhexung oder Verzauberung interpretiert. Der „Liebeszauber“ wird dabei meist, als von einer Frau ausgehend gesehen, um einen Mann an sie zu binden. Dies kann aber auch mit schweren Störungen im psycho-somatischen und sozialen Bereich einher gehen. Ganz schwere Störungen werden als „Todeszauber“ gesehen, der nur von einem Hexer vollzogen werden kann, der mittels bestimmter Materialien das Opfer verhexen kann (vgl. Zimmermann 2000:45).

Abschließend soll noch einmal erwähnt werden, wie vielfältig die Anforderungen an die Arzt-Patienten-Interaktion im Migrationskontext sind: Neben dem sozioökonomischen Status, Sprachkenntnisse und Schulbildung sind auch die Erfahrungen im Umgang mit medizinischen Institutionen im Herkunftsland, Einstellungen gegenüber der Krankenrolle sowie subjektive Krankheitskonzepte bei der Behandlung von zugewanderten Patienten von Bedeutung.

Im letzten Kapitel werde ich auf die wichtige Rolle der Interkulturellen Kompetenz in der Arzt-Patienten Interaktion eingehen. Sie kann nicht als Allheilmittel dienen, da bei der Behandlung von Migranten wie schon erwähnt, nicht nur die Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine Rolle spielt, sondern das gesamte Gesundheitssystem mit all seinen Verbindungen zu anderen Bereichen der Gesellschaft. Jedoch kann sie sehr gute helfen, Missverständnissen zu vermeiden und anfallenden Problemen in der Arzt-Patienten Interaktion zu lösen.

## 5. Interkulturelle Kompetenz

Während in der USA schon in den 60er Jahren über das Konzept der interkulturellen Kompetenz diskutiert wurde, wurde dieses erst in den späten 90er Jahren von der Fachöffentlichkeit im deutschen Raum aufgegriffen. Davor gab es immer wieder verschiedene Orientierungs- und Deutungsmuster, die sich zum Beispiel in der erziehungswissenschaftlichen Literatur als Paradigmenwechsel von der Ausländerpädagogik zur interkulturellen Pädagogik zeigte. Mit dem Wechsel zur interkulturellen Kompetenz wurde dann soweit ein Wechsel vollzogen, dass nun auch die Sicht nach innen gerichtet wurde. Somit stehen jetzt nicht nur der „kulturell Fremde“ und die Gesellschaft im Mittelpunkt, sondern es werden auch Themen diskutiert, wie sich interkulturelle Interaktion auf die gemeinsame Arbeit auswirkt, welche Rolle eigene Vorurteile und Stereotypisierungen spielen, aber auch von welcher Bedeutung die institutionellen Strukturen sind.

## 5.1 Aktuelle Debatte im deutschsprachigen Raum

„Wenn man versucht, sich einen Überblick über das Thema interkulturelle Kompetenz zu verschaffen [...], so kann einen die Fülle des [...] Materials ratlos machen“ (Auernheimer 2002:183). Da es sich dabei um ein interdisziplinäres Gebiet handelt, haben zahlreiche Fachrichtungen eine kaum überschaubare Anzahl an Modellen zur Beschreibung und Entwicklung interkultureller Kompetenz entwickelt. Es gibt sogenannte Listen- und Strukturmodelle, wobei ersteres Listen von wichtigen Teilkompetenzen aufzählt, wie etwa Stressresistenz oder Empathie. Strukturmodelle verstehen interkulturelle Kompetenz eher systemisch-prozessual, wobei Einzelfähigkeiten bestimmten Dimensionen zugeordnet werden, wie zum Beispiel affektive, kognitive oder verhaltensbezogene Aspekte. Es gibt auch Ansätze, die nicht das Individuum sondern eher die Rahmenbedingungen der Interaktion, oder die Wechselwirkung zwischen den Personen und der Situation in den Mittelpunkt rücken (vgl. Rathje 2006: 1-2). Auch gibt es verschiedene Begriffe für interkulturelle Kompetenz, wie interkulturelle Kommunikationskompetenz, interkulturelle Handlungskompetenz, interkulturelle Effektivität, interkulturelles Management oder der auch wieder häufiger verwendete Begriff der transkulturellen Kompetenz.

Bis heute hat sich noch kein Modell wirklich durchgesetzt. Das liegt einerseits an den unterschiedlichen Fachrichtungen, die sich damit beschäftigen, andererseits an den noch fundamentalen Unterschieden in der Definition vom Konzept interkultureller Kompetenz. Gibt es jedoch keinen Konsens darüber wozu interkulturelle Kompetenz wirklich gut sein soll und in welchen Situationen sie relevant ist, kommt es auch zwangsläufig zu Unterschieden in der Frage, welche Teilkompetenzen nun wichtig sind und bzw. wie diese erlernt werden können. Hier soll nun, anhand eines Artikels von Stefanie Rathje (2006), eine Darstellung des Spektrums an unterschiedlichen Definitionsansätzen zu interkultureller Kompetenz geliefert werden, welche im deutschsprachigen Raum diskutiert werden. Es lässt sich feststellen, dass sich die meisten Konzepte vor allem in vier prinzipiellen Fragen unterscheiden:

1. Ziel interkultureller Kompetenz: Was bewirkt interkulturelle Kompetenz, wofür ist sie gut?

2. Generik / Spezifik interkultureller Kompetenz: Ist interkulturelle Kompetenz eher eine kulturspezifische Kompetenz oder eine universelle Schlüsselkompetenz?
3. Anwendungsgebiet interkultureller Kompetenz: In welchen Situationen wird interkulturelle Kompetenz gebraucht?
4. Kulturbegriff: Welches Verständnis von Kultur liegt dem Konzept interkultureller Kompetenz zugrunde?

(vgl. Stefanie Rathje 2006: 2)

### 5.1.1 Ziel interkultureller Kompetenz

Die Zielvorstellungen von interkultureller Kompetenz variieren je nach Konzept zwischen einer ökonomischen Orientierung, in der Effizienz im Vordergrund steht, oder einer eher geistes- und erziehungswissenschaftlichen Orientierung, die vor allem den Aspekt menschlicher Entwicklung in der interkulturellen Interaktion betont.

#### 5.1.1.1 Effizienz

In diesen Konzepten stehen vor allem das Gelingen und die Produktivität im Vordergrund. Thomas (2003) bezeichnet interkulturelle Kompetenz als die Fähigkeit „den interkulturellen Handlungsprozess so (mit)gestalten zu können, dass Missverständnisse vermieden oder aufgeklärt werden können und gemeinsame Problemlösungen kreiert werden, die von allen beteiligten Personen akzeptiert und produktiv genutzt werden können“ (Thomas 2003: 141). Kritiker des Effizienz-Ansatzes meinen jedoch, dass die Gefahr der Instrumentalisierung interkultureller Kompetenz zur Durchsetzung eigener Vorteile besteht. Ahmed Aries betont, dass diese Ansätze „den Gegenüber als etwas betrachten, das durch Erklärbarkeit manipulierbar wird. Schließlich will der, der ‘versteht’, weil er erklären kann, als Verhandelnder zum Erfolg kommen [...]“ (Ahmed Aries 2003:153). Ein weiteres Problem ist, dass diese Definition das Erreichen der Handlungsziele der interkulturellen Interaktion schon mit

einschließt. Jedoch kann interkulturelle Kompetenz nicht ausschließlich für das Erreichen der Ziele verantwortlich gemacht werden (vgl. Stefanie Rathje 2006: 4).

#### 5.1.1.2 Menschliche Weiterentwicklung

Die Gegenposition zum Effizienz-Ansatz sieht das Ziel interkultureller Kompetenz in der persönlichen Weiterentwicklung der Interaktionspartner. Eine solche Definition kann zwar nicht instrumentalisiert werden und sie impliziert auch keine unhaltbaren Erfolgsversprechen, jedoch muss sie sich den Vorwurf der Idealisierung gefallen lassen, da sie Handlungsziele, seien sie persönlicher, ökonomischer, politischer oder anderen Art, welche in jeder Interaktion vorliegen, vollkommen ausblendet. Da in der interkulturellen Interaktion jedoch Ziele meist eine wichtige Rolle spielen, sollten sie in einer Definition berücksichtigt werden (vgl. Stefanie Rathje 2006: 4-5).

#### 5.1.2 Generik / Spezifik interkultureller Kompetenz

Bei diesem Punkt gibt es ein ganzes Spektrum von Ansichten. Sie reichen von einer engen Vorstellung, die von einer reinen kulturspezifischen Kompetenz ausgeht, bis zu einer stark ausgedehnten Vorstellung, bei der sich interkulturelle Kompetenz auf alle Sozial- und Handlungskompetenzen erstreckt. Dabei ist zu beobachten, dass umso effizienz-orientierter das Konzept ist, umso generalisierter wird interkulturelle Kompetenz gesehen, da sie alle am Erfolg beteiligten Kompetenzen der Interaktionspartner umfassen muss.

##### 5.1.2.1 Kulturspezifische Kompetenz

Hier geht es um die Erfahrungs- und Wissenskompetenz in Bezug auf eine oder mehrere fremde Kulturen, wobei interkulturelle Kompetenz mit spezifischer Kulturkompetenz gleichgesetzt wird. Herzog meint in diesem Zusammenhang: „Anders als die Konzepte der sprachlichen und kommunikativen Kompetenz, die auf ein generisches Potential verweisen, das sich in verschiedenen Formen artikuliert [...], fehlt dem Begriff der

interkulturellen Kompetenz eine vergleichbare theoretische Begründung“ (Herzog 2003:179). Eine allgemeine interkulturelle Kompetenz ist für ihn ein genauso leerer Begriff wie eine allgemeine Fremdsprachenkompetenz. Dieser Ansicht nach kann man nicht mehr von interkultureller Kompetenz an sich sprechen. Stattdessen muss man differenzierter zum Beispiel über eine Schweiz- oder Japan-Kompetenz reden. Es gibt aber die Erfahrung, dass bestimmte Menschen besser mit Fremdheitserfahrungen in unterschiedlichen Kontexten umgehen können als andere, was überhaupt erst zur Entstehung des Konzepts geführt hat und seine Existenz rechtfertigt.

#### 5.1.2.2 Kulturübergreifende Kompetenz

Die Vorstellung von interkultureller Kompetenz als universelle, kulturübergreifende Kompetenz findet sich vor allem in Modellen, in denen die persönliche Weiterentwicklung im Vordergrund steht. So bezeichnet Mecheril interkulturelle Kompetenz als „jene Fähigkeit, die Erfahrung von kultureller Differenz und Fremdheit zu verarbeiten [...]“ (Mecheril 2003: 198), oder Loenhoff als Fähigkeit „einer reflexiven Haltung gegenüber Fremdheit und damit das Vermögen zu einem vernünftigen Umgang mit dem Umstand, dass sich der andere genau so an seinem wie man sich selbst an eigenen kulturellen Formvorlagen orientiert“ (Loenhoff 2003: 193). Die allgemeine Fähigkeit der Verarbeitung von Fremdheitserfahrung ist für das Konzept der interkulturellen Kompetenz von großer Bedeutung, jedoch fehlt es diesen Modellen oft an einer konkreten Definition, wie diese „Verarbeitung“ oder das „Vermögen zu einem vernünftigen Umgang“ nun aussieht und wie diese erreicht werden können (vgl. Stefanie Rathje 2006: 6).

#### 5.1.2.3 Allgemeine Sozialkompetenz

Ansätze die stärker die Handlungsziele in den Vordergrund stellen versuchen Teilkompetenzen ausfindig zu machen, die für die interkulturelle Kompetenz wichtig sind. Diese werden dann häufig in den schon erwähnten Listen- und Strukturmodellen zusammengefasst. Die Analyse dieser Modelle führt meistens zu der Einsicht, dass die

notwendigen Teilkompetenzen, denen der allgemeinen sozialen Kompetenzen sehr ähnelt. So sagt Nový, dass „[...] die soziale Kompetenz ganz bestimmt eine Bedingung der interkulturellen Kompetenz ist, und die Empfindlichkeit gegenüber dem Phänomen der Multikulturalität kann also nur ihre qualitative Erweiterung sein“ (Nový 2003: 206). Dass bei der interkulturellen Kompetenz eine allgemeine Sozialkompetenz eine wichtige Rolle spielt, ist einleuchtend, da die interkulturelle Interaktion auch immer eine soziale Interaktion ist. Sie gleichzusetzen würde aber bedeuten, dass man den besonderen Schwierigkeiten einer Interaktion, die viele Personen in interkulturellen Interaktionssituationen erfahren, zu wenig Bedeutung schenkt (vgl. Stefanie Rathje 2006:6).

#### 5.1.2.4 Transferfähigkeit allgemeiner Handlungskompetenz

Konzepte, bei denen Effizienz eine wichtige Rolle spielt, wird interkulturelle Kompetenz oft in die Nähe einer allgemeinen Handlungskompetenz mit interkulturellen Vorzeichen gerückt. Nach dieser Ansicht gibt es keine interkulturelle Kompetenz per se, sondern jede Teilkompetenz muss mit interkulturellen Kontexten erweitert werden. Als Argument bringt Bolten das Beispiel, dass jemand der keine fachliche Kompetenz besitzt, nicht erfolgreich sein wird, auch wenn er über eine Kompetenz der Fremdebewältigung besitzt (vgl. Bolten 2003: 157). Hier zeigt sich jedoch lediglich wieder die Schwierigkeit einer nach Erfolg orientierten Definition von interkultureller Kompetenz. So müsste automatisch jede Handlungskompetenz, wie zum Beispiel, im ökonomischen Kontext, Kopfrechnen, von dem Konzept einer interkulturellen Kompetenz eingeschlossen werden, was den Rahmen einer Behandlung schlicht sprängen würde. Vielmehr plädiert Stefanie Rathje für ein Modell, in dem interkulturelle Kompetenz dazu dient, damit die jeweiligen Handlungskompetenzen, wie die fachliche oder strategische, überhaupt erst wirksam werden können (vgl. Stefanie Rathje 2006: 7).

### 5.1.3 Anwendungsgebiet interkultureller Kompetenz

Hier geht es um die Frage, wann interkulturelle Kompetenz überhaupt relevant ist. Dabei gibt es zwei Positionen: Einerseits die Interaktion zwischen zwei Personen aus - im weitesten Sinne - unterschiedlichen Nationen bzw. Gesellschaften, andererseits die Interaktion zwischen Individuen aus unterschiedlichen Gruppen, die den ersten Fall mit einschließt.

#### 5.1.3.1 Inter-nationale Interaktion

Bei diesem Ansatz geht es um die Interaktionssituation zwischen Individuen aus unterschiedlichen Kulturen, wobei damit unterschiedliche Nationalkulturen gemeint sind. So geht es um den klassischen Fall „ein Amerikaner trifft auf einen Japaner...“. Stefanie Rathje meint dazu: „Pragmatisch kann eine Reduktion der Problematik interkultureller Kompetenz auf inter-nationale Situationen sinnvoll sein, da diese Form der Interkulturalität dem subjektiven Empfinden nach häufig mit dem höchsten Grad an Fremdheitserfahrung, Komplexität und Misslingenswahrscheinlichkeit assoziiert wird und zudem politisch und wirtschaftlich besonders relevant erscheint“ (Stefanie Rathje 2006: 8). Eine solche Definition ist jedoch prinzipiell problematisch, da sie somit interkulturelle Interaktion innerhalb einer Gesellschaft (z.B. Migration) vollkommen ausschließt und von einer in sich einheitlichen Nationalkultur ausgeht.

#### 5.1.3.2 Inter-kollektive Interaktion

In diesem Ansatz wird auf die unterschiedlichen Ebenen von Kultur innerhalb von Nationalkulturen eingegangen. So versteht man das Anwendungsgebiet interkultureller Kompetenz als Interaktion zwischen Individuen aus unterschiedlichen Gruppen oder Kollektiven, denen eine jeweils eigene Kultur zugerechnet wird. Diese Sichtweise führt jedoch zu dem Problem, dass bei dem Bestimmen der Kollektive auf immer kleinere Ebenen gegangen werden kann und letztendlich auf einer Mikroebene praktisch jede menschliche Interaktion letztendlich als eine interkulturelle bezeichnet werden kann. Hier hilft jedoch der Vorschlag von Loenhoff, die Interpretation der Interaktionspartner

in der Anwendungsdefinition zu berücksichtigen. Er bezeichnet interkulturelle Kommunikation als „denjenigen Kommunikationsprozess [...], in dem Beteiligte die Eigenschaften dieses Prozesses einschließlich der auftretenden Probleme und Konflikte auf kulturelle Differenz zurechnen“ (Loenhoff 2003:193).

#### 5.1.4 Kulturbegriff

Bei einer Diskussion über interkulturelle Kompetenz kommt es immer zu der Frage, was denn unter Kultur überhaupt verstanden wird. Die Ethnologie beschäftigt sich mit dieser Frage schon seit ihren Anfängen, und mittlerweile ist die Anzahl von Kulturdefinitionen unüberschaubar geworden. Ich werde hier zuerst auf die in der Diskussion um interkulturelle Kompetenz am häufigsten verwendeten Ansichten zum Kulturverständnis eingehen, um dann auf die kritische Weiterentwicklung des Kulturbegriffes einzugehen.

##### 5.1.4.1 Essentialistische Kulturbegriff

Darunter fallen vor allem traditionelle Ansätze, die von Kultur im weitesten Sinne als etwas Einigendem ausgehen, das aus Gemeinsamkeiten entsteht, die von einer signifikanten Anzahl ihrer Mitglieder geteilt werden. Von Tyler stammt eine klassische Kulturdefinition, die lange Zeit als die Standarddefinition für Kultur galt. Er bezeichnet Kultur als „that whole complex which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society“ (Tylor 1913:1).

Geht man von solch einem Kulturbegriff aus, in der jedes Mitglied einer Gesellschaft in einer bestimmten, nach außen klar abgegrenzten Kultur mit festgelegten Normen und Werten sozialisiert wird, handelt demnach auch jedes Mitglied „kulturspezifisch“. In diesem Sinne ist es in einer interkulturellen Interaktion wichtig, diese Normen und Werte des Gegenübers zu kennen, um entsprechend reagieren zu können. Dieses klassische Kulturkonzept hat jedoch seinen Ursprung im Studium kleiner Gesellschaften, welche sich durch klare kulturelle Grenzen und geringe soziale

Differenzierung auszeichnen. In einer globalisierten Welt, in der ein hohes Maß an Mobilität herrscht und Kulturen in sich schon sehr stark ausdifferenziert sind, haben solche starren Konzepte keine Berechtigung mehr. Geertz sagt dazu:

„Angesichts der Stückhaftigkeit unserer Welt scheint die Auffassung von Kultur – einer bestimmten Kultur, dieser Kultur – als Konsens über grundlegende gemeinsame Vorstellungen, gemeinsame Gefühle und gemeinsame Werte kaum noch haltbar. Es sind im Gegenteil die Verwerfungen und Brüche, die heute die Landschaft der kollektiven Identitäten konturieren“ (Geertz 1996:74).

#### 5.1.4.2 Kulturell hybride Identität

Bei dieser Ansicht geht man davon aus, dass eine Person immer mehreren Sinnangeboten und Sinnwelten gegenübersteht, zwischen denen es wählen kann. Kultur bestimmt hier nicht das Verhalten und die Wertvorstellungen verschiedener Gruppen, vielmehr trifft der Mensch eine Wahl aus verschiedenen Möglichkeiten je nach Interesse, Strategie, Situation, Kontext, Zeit und Ort und verändert diese auch in einem dynamischen Prozess. Kulturelle Phänomene sind daher nicht nur von der Kultur abhängig, sondern haben immer auch einen subjektiven, individuellen Kontext. Daraus lässt sich schließen, dass kulturspezifische Hinweise und rezeptartige Vorgehensweise in einer interkulturellen Interaktion nicht funktionieren können, da diese die spezifischen Sinnwelten der Individuen nie wirklich erfassen, sondern im Gegenteil eher kulturalisieren bzw. stereotypisieren (vgl. Domenig 2001a:27-29).

Bei dieser Sichtweise entsteht jedoch ein anderes Problem: „Wenn die alltägliche Interaktion fundamental durch die Verarbeitung von Differenz geprägt ist, warum besteht dann überhaupt die Vorstellung einer Sondersituation der Interkulturalität, also einer Situation, in der die Individuen sich selbst sowie den Interaktionspartner der Einheit einer Kultur zurechnen?“ (Rathje 2006:11). Es stellt sich also die Frage, was den „Zusammenhalt“ der durch Differenzen geprägten Kultur ausmacht, oder ob es nicht sinnvoll wäre, den Kulturbegriff überhaupt fallen zu lassen.

#### 5.1.4.3 Zum Für und Wider von Kulturbegriffen

Trotz der Überalterung hat die klassische Auffassung von Kultur als einem abgrenzbaren, geschlossenen Ganzen seit den 80er Jahren in den Medien und in anderen Bereichen wieder stark zugenommen. Diese Entwicklung wird von vielen Kulturanthropologen und Ethnologen mit Sorge beobachtet. Der Grund für diese Besorgnis liegt in dem leichten und häufigen Missbrauch zu ideologischen Zwecken. Es besteht einerseits die Gefahr sich von dem unreflektiert als „fremd“ Empfundene abzugrenzen und eben diese „Fremden“ auch auszugrenzen. Andererseits werden auch alle Konflikte, die es in einer Gesellschaft gibt, ob sie nun ökonomischer, sozialer, politischer oder religiöser Art sind, einfach mit der Begründung von kulturellen Unterschieden der Konfliktpartner erklärt. Radtke beschreibt diese Gefahr folgendermaßen:

„Innen und außen bezeichnet ein Problem, das von allen Gesellschaften bewältigt werden muss. [...] Im Mittelalter wurde Innen und Außen zentral über 'Religion' reguliert; in der Zeit des Industrialismus und Kolonialismus trat 'Rasse' als Unterscheidungskriterium in den Vordergrund; das 19. Jahrhundert bildete mit 'Volk/Nation' wieder eine neue Semantik von Innen und Außen aus, die auf einer positiven Bestimmung von Gemeinschaft beruht; und die modernen Sozialstaaten am Ende des 20. Jahrhunderts stellen derzeit ihren kategorialen Apparat, mit dem sie versuchen, mit der Differenz umzugehen und das Eigene vom Fremden zu unterscheiden, erneut um: nun auf 'Kultur'“ (Radtke 1992:79).

So ist es nicht verwunderlich, dass viele Wissenschaftler sich mit „Nervosität“ gegen den Begriff Kultur wenden. Es gibt aber auch viele Stimmen, die sich für einen weiteren, jedoch einen kritisch reflektierten Kulturbegriff einsetzen. Hannerz meint dazu, dass man sich eher gegen einen unakzeptablen Gebrauch des Begriffs Kultur wenden sollte, als einfach das Feld zu räumen (vgl. Hannerz 1995: 76).

#### 5.1.4.4 Der Kulturbegriff in Globalisierungszeiten

Da hier nicht näher auf das große Feld der Globalisierung eingegangen werden kann, soll nur erwähnt werden, „dass ein verbindlicher Kulturbegriff dem Umstand zu genügen haben (wird), dass die heutige Welt als ein einziges, horizontal und vertikal integriertes Feld ökonomischer und sozialer Interaktion zu betrachten ist, in dem die Subfelder allerdings ungleich mit Macht ausgestattet sind“ (Wicker 1996:383).

Demgegenüber gibt es aber immer noch starke Ethnizitätsvorstellungen, die mit der Bildung moderner Territorialstaaten im 18. und 19. Jahrhundert zusammenhängen. Sie galten als wichtigstes Medium zur Identitätsbildung, durch welche zwischen „Fremde“ und dem eigenen „Volk“ unterschieden wurde. Es handelte sich dabei primär um „politisch motivierte Bildung nationalistischer Identitäten“ (Domenig 2001b: 37). Kulturelle Phänomene wie zum Beispiel die Sprache liefen jedoch nicht entlang der Grenzen dieser Nationalstaaten. Der Ethnologe Frobenius (1873-1938) versuchte diesen Umstand in seiner Kulturkreislehre zu erklären. Unter Kulturkreis verstand er dabei ein Gebiet, in dem ähnliche oder gleiche Kulturelemente wie Mythen, Gebräuche und Gegenstände vorkommen. Diese Ansicht geht immer noch von Kulturen als geschlossene Einheiten aus, brachte aber zumindest eine historische Dimension mit ein.

Solch ein Begriff von Kultur, egal ob er jetzt innerhalb eines Nationalstaates gesehen wird oder unabhängig von diesen, wurde und wird immer benutzt, um nationalistische Interessen zu begründen. „Indem nationalistische Mächte behaupteten und immer noch behaupten, politische Grenzziehungen und nationalstaatliche Aus- und Abgrenzungsbestrebungen seien in kulturellen Unterschieden der beteiligten «Völker» begründet, werden Widersprüche, die aufgrund machtpolitischer, ökonomischer und sozialer Interessen entstehen, mit gefährlichen Konsequenzen kulturalisiert und politische Steuerungsmechanismen ethnisiert“ (Domenig 2001b: 38). Die Folgen können zum Beispiel ethnischen Säuberungen sein, wie man sie im Nationalsozialismus oder, in jüngerer Zeit, im Gebiet von Ex-Jugoslawien beobachten konnte. Ein neues Kulturkonzept sollte gegen solch einen Missbrauch immun sein, denn man muss bedenken, dass „die Realität von Kultur immer auch eine Folge unserer Konzepte von Kultur (ist)“ (Welsch 1998:56)

#### 5.1.4.5 Kritische Weiterentwicklungen des Kulturbegriffes

Wie kann nun ein neuer Kulturbegriff konzipiert sein? Viele Autoren unterscheiden einmal zwischen Multikulturalität, Interkulturalität und Transkulturalität.

##### 5.1.4.5.1 Multikulturalität, Interkulturalität, Transkulturalität

Der Begriff der Multikulturalität befasst sich mit der strukturellen Koexistenz mehrerer Lebenswelten, wie zum Beispiel „multikultureller Gesellschaften“. Als Minimalziel gilt dabei oft die friedliche Koexistenz von Angehörigen mehrerer (meist nationalspezifisch bestimmter) Kulturen. In den meisten Fällen etabliert sich Multikulturalität jedoch eher passiv als aktiv. Das passiert vor allem dort, wo Interaktion über kulturelle Grenzen hinweg nicht stattfindet, sei es jetzt aus Gründen des mangelnden Anreizes oder aufgrund von frustrationsbedingtem Vermeidungsverhalten (vgl. Bolten 2007: 18-19). Kritiker meinen jedoch, dass sich das Konzept der Multikulturalität zwar der Existenz mehrerer Kulturen innerhalb einer Gesellschaft stellt, diese jedoch immer noch als homogene und abgegrenzte Gebilde ansieht. Solche kugelartigen Vorstellungen von Kulturen können sich demnach nur ignorieren, abstoßen und bekämpfen. Die USA dient dabei als Beispiel, in dem dieses Konzept tatsächlich auch zur Begründung von Abgrenzung, Ghettoisierung und Kulturfundamentalismus herhalten muss (vgl. Domenig 2001b: 38).

Der Begriff der Interkulturalität bezeichnet keine Ordnungsstruktur, sondern ein konkretes Interaktionsgeschehen, das zum Beispiel zwischen zwei Personen verschiedener Lebenswelten, die zu großen Teilen nicht über gemeinsame Codes verfügen, stattfindet. Im gemeinsamen Handeln der beiden Personen ereignet sich Interkulturalität als eine „Zwischenwelt“, in der zwischen den beiden Personen eine eigenständige, von beiden Personen ausgehandelte Lebenswelt entsteht. Dieser Aushandlungsprozess läuft dabei meist implizit ab und ist in seinem Verlauf nicht vorhersehbar. Interkulturalität wird demnach je nach Kontext und Akzeptanz der Beteiligten verschieden ausgehandelt (vgl. Bolten 2007:19). Jedoch auch dieses Konzept muss sich die Kritik gefallen lassen, dass Kulturen dabei als inselartige in sich

homogene Gebilde gesehen werden. Dass kulturelle Phänomene jedoch von Mischungen und Durchdringungen gekennzeichnet sind, wird hier ignoriert.

Mit dem Begriff der Transkulturalität wird versucht, diesem Durchdringungsprozess Rechnung zu tragen. Er soll über die traditionellen Kulturgrenzen hinaus- bzw. hindurchgehen. Viele Autoren verwenden auch den von Hannerz (1996) geprägten Begriff der „Kreolisierung“. Als Kulturkonzept besagt Kreolisierung, „ dass Kultur als komplexes Ganzes in Form fassbarer Strukturen oder Bedeutungswelten nicht existiert, sondern allein in ihren Variationen und Übergängen. Kultur ist demnach per se das Ergebnis von vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Kreolisierungsprozessen“ (Wicker 1996:383). Transkulturalität beschreibt Welsch so, dass Individuen und Kollektive auf verschiedene kulturelle Ressourcen zurückgreifen, wodurch transkulturelle Netze entstehen, die sich sowohl in ihrem „Inventar“ als auch in ihrer „Struktur“ unterscheiden. Im Endeffekt kommt dadurch eine so große Vielfalt zustande wie zwischen traditionellen Kulturen im klassischen Verständnis (vgl. Welsch 1998 52-59). Gupta und Ferguson (1997) sprechen in neuerer Zeit auch von einer Deterritorialisierung von Kultur. Kultur findet demnach nicht mehr in bestimmten Landschaften und Räumen statt, sondern vielmehr transnational durch Töne und Bilder.

Elke Mader meint, dass beide Betrachtungsweisen von Kultur von Bedeutung sind, sowohl die der homogenen, abgegrenzten Einheiten, die an bestimmten Orten lokalisiert sind, als auch ein Kulturbegriff, der von einer Vernetzung und Deterritorialisierung ausgeht. Nur so kann man „die komplexen Prozesse von Verwurzelung und Bewegung, Verflechtung und Abgrenzung [...] analysieren, die das Miteinander verschiedener Personen, Gruppen und Ideen prägen (Mader 2005).

#### 5.1.4.5.2 Relativistische vs. Universalistische Position

Eine weitere Unterscheidung des Kulturbegriffes, die in den Kultur- und Sozialwissenschaften schon lange diskutiert wird, ist die der relativistischen und universalistischen Position.

Der Kulturrelativismus geht davon aus, dass kulturelle Phänomene nur im Rahmen ihrer speziellen kulturellen und sozialen Rahmenbedingungen bewertet werden können. Ein Kulturrelativismus lehnt somit auch in letzter Konsequenz jede Bewertung fremdkultureller Phänomene und Einmischung in fremde Kulturen ab. Hingegen geht der Kulturuniversalismus davon aus, dass es universalistische Werte gibt, die für alle Menschen und Kulturen gelten. Aus dieser Sicht heraus ist es also auch möglich, andere Kulturen zu kritisieren. So zählen zum Beispiel für Bausinger Menschenrechte und die Menschenwürde mehr als jede kulturelle Besonderheit, weshalb für ihn „menschliche Identität“ immer wichtiger ist als „kulturelle Identität“. Er erwähnt aber gleichzeitig, dass individuelle Rechte auch immer verwoben sind mit Fragen der kulturellen Einbettung, der kulturellen Identität.

Kritiker meinen, dass beim Universalismus immer von einer eurozentristisch gefassten Rationalität ausgegangen wird. Diese Kritik betrifft auch das Konzept der Transkulturalität. Es ist sicher möglich und die Anzeichen sprechen dafür, dass in vielen Regionen der Welt und in anderen Lebenszusammenhängen lebende Menschen Transkulturalität weder erfahren noch als wünschenswert empfinden. So ist zu beobachten, dass auch im Zeitalter der Globalisierung die Anzahl der Nationen und „Kulturen“ ebenso zunimmt, wie regionale ethnizistische Bestrebungen in Richtung Ab- und Ausgrenzung (vgl. Domenig 2001b: 39-41).

## 5.2 Interkulturelle Kompetenzmodelle in der Medizin

Es sollen nun drei interkulturelle Kompetenzmodelle aus der Medizin vorgestellt werden, um einen Überblick davon zu geben, wie unterschiedlich noch an ein solches Konzept heran gegangen wird. Interessanterweise wurde keines dieser von Ethnomedizinern oder Ärzten entwickelt, sondern vor allem aus den Pflegewissenschaften. Das kann als Indiz dafür gelten, dass bei den Ärzten immer noch die Vorstellung dominiert, dass die Biomedizin für alle Menschen gleich anwendbar ist, und eine interkulturelle Kompetenz nicht von Nöten ist.

### 5.2.1 Transkulturelle Pflege von Madeleine Leininger

Madeleine Leininger machte bereits in den 40er Jahren als Pflegende die Erfahrung, dass das Verhalten und die Bedürfnisse von afrikanischen, jüdischen und anderen Kindern „fremder“ Kulturen sich von denen der US-amerikanischen Kindern unterscheidet. Sie studiert darauf hin cultural Anthropology und begründet schließlich in den 60er Jahren die „Transkulturelle Pflege“ als neues Gebiet der Pflegewissenschaft. Obwohl es sich hier um ein Konzept handelt, dass speziell auf die Pflege abgestimmt ist, soll es hier erwähnt werden, da es als Erstes kulturelle Unterschiede im medizinischen Bereich berücksichtigt und außerdem als ein gutes Beispiel für ein kulturspezifisches Konzept dient.

#### 5.2.1.1 Menschliche Fürsorge

Im Zentrum ihrer Theorie steht die „menschliche Fürsorge“. Bis dahin stand in der Pflegewissenschaft das Individuum, die Pflege oder die Gesundheit im Mittelpunkt der Pflgetheorien. Die menschliche Fürsorge ist für Leininger auch ein universelles Phänomen, dessen konkrete Inhalte und Bedeutungen jedoch kulturspezifisch sind. Um dieses spezifische in einer Kultur ausfindig zu machen, begründet sie die Methode der Ethnoplege. Mittels sehr konkreter Forschungsanleitungen untersuchte sie und ihre Schüler so über 60 „Kulturen“ in Bezug auf Pflege und ihrer pflegespezifischen Handlungen. Die Ergebnisse wurden schließlich in schematischen Tabellen dargestellt. Als Beispiel soll hier das Ergebnis der mexikanisch- amerikanischen Kultur dienen.

Abbildung 11: Mexikanisch-amerikanische Kultur\*

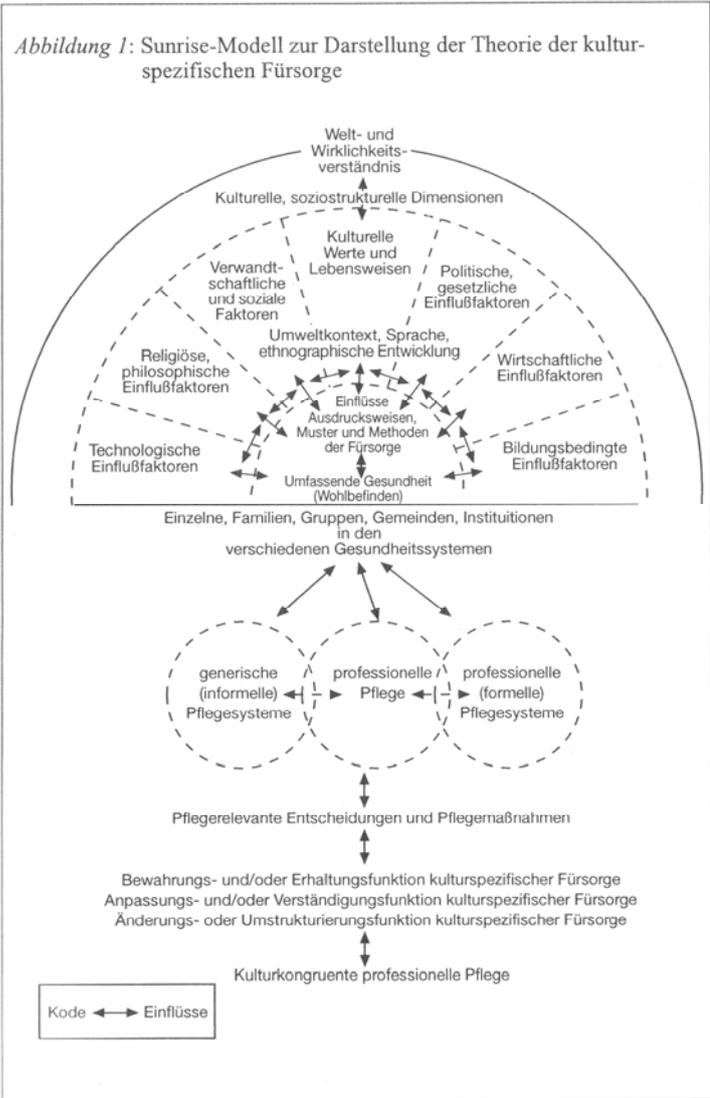
Kulturelle Werte:	Kulturspezifische Bedeutungen der Fürsorge und Handlungsweisen
1. Ausgeprägter Familiensinn	1. Beistand(direkte Hilfe der Familie)
2. Interdependenz zwischen verwandtschaftlichen und sozialen Handlungen	2. Integration der gesamten Verwandtschaft („für andere sorgen“)
3. Patriarchat („Machos“)	3. Kinderliebe
4. Geringschätzung für Pünktlichkeit	4. Respekt vor Autoritäten
5. Großer Respekt vor Autoritäten und älteren Menschen	5. Mutter als Entscheidungsträgerin
6. Wertschätzung der Religion	6. Schützende (äußere) männliche Pflege
7. Einheimisches Essen für das Wohlbefinden	7. Akzeptanz des Willen Gottes
8. Traditionelle Heiler zur volkstümliche Pflege und Krankheiten	8. Gebrauch von volkstümlichen Fürsorgepraktiken
9. Heiß-/Kalttheorie	9. Heilen mit Nahrungsmitteln
	10. Berührung

\* Diese Ergebnisse stammen aus eigenen transkulturellen Pflegestudien (Leininger 1970, 1984) sowie aus anderen transkulturellen Pflegestudien, die in den USA während der letzten zwei Jahrzehnte durchgeführt worden sind.

(Leininger 1998: 214)

#### 5.2.1.2 Sunrise-Modell

In den 80er Jahren fasste sie schließlich die „Transkulturelle Pflege“ in dem „Sunrise Modell“ neu zusammen. Dieses Modell soll zur Übersicht dienen, um einen Überblick über die verschiedenen Dimensionen ihrer Theorie zu bekommen, und auch in der praktischen Arbeit helfen:



(Leininger 1998: 69)

Das Wissen, das so gewonnen wird, soll schließlich in den Bereich von Studium und Praxis einfließen. Eignet sich der Pflegende so transkulturelles Wissen aus vielen Kulturen an, ist es ihm möglich, immer jeweils auf die Lebensweise des Patienten einzugehen und eine spezifische kulturelle Pflege anzuwenden. Dabei unterscheidet Leininger drei Modalitäten:

- 4) **Bewahrung der kulturspezifischen Fürsorge:** Die vom Patienten gewünschte Fürsorgepraktik wird beibehalten.

- 5) Anpassung der kulturspezifischen Fürsorge: Die Fürsorgepraktik des Patienten wird respektiert, Handlungsmuster werden jedoch angepasst.
- 6) Änderung der kulturspezifischen Fürsorge: Bestehende Praktiken werden für den Patienten zufriedenstellend neu konstruiert.

Alle Modalitäten verlangen dabei eine intensive Zusammenarbeit von Pflegenden und Patienten, um alle Möglichkeiten erfassen, einplanen und durchführen zu können. So soll es möglich sein, mittels Hilfe des kulturellen Wissens „eine sinnvolle und zufriedenstellende ganzheitliche Fürsorge für den einzelnen und für die Gruppe oder für die institutionelle Rahmenbedingungen gewährleisten (zu) können“ (Leininger 1998: 70).

### 5.2.2 Interkulturelle Kompetenzmodell von Jürgen Bolten

Jürgen Bolten ist seit 1992 Professor für Interkulturelle Wirtschaftskommunikation an der Universität Jena in Deutschland. Der Germanist forscht im Bereich der interkulturellen Kommunikation und des interkulturellen Lernens. Er ist auch Vorstandsvorsitzender der Unternehmensberatung „interculture.de“, welche international tätige Firmen berät.

Bolten geht von einer Intensivierung der Patientenmobilisierung innerhalb der EU aus, und damit einhergehend, einem stärker werdenden Wettbewerb von Gesundheitsdienstleistungen. In diesem Sinne sind für ihn auch Fragen des internationalen Managements und Marketings von Bedeutung. Das Gesundheitswesen wird dabei als dynamische Wirtschaftsbranche betrachtet, die von großer ökonomischer Bedeutung ist. In diesem Sinne ist für ihn interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen auch dahingehend wichtig, um konkurrenzfähig hinsichtlich eines internationalen Marktes zu bleiben.

### 5.2.2.1 Interkulturelle Kompetenz

Bolten ist der Ansicht, dass nur von einem Konzept der interkulturellen Kompetenz ausgegangen werden kann. Kulturelle Kompetenz ist für ihn auf individueller, sozialer, fachlicher und strategischer Ebene zwar von Bedeutung in dem Sinne, dass Spezifika eigenen und fremden Handelns bewusst gemacht werden, jedoch handelt es sich dabei nur um Voraussetzungen von Handlungskompetenz und nicht um diese selbst. Transkulturelle Kompetenz ist für Bolten nicht vorstellbar, da eine auf allgemeinmenschlich zielende Methodenkompetenz von Universalien ausgeht, die lediglich abstrakte Kategorien sind. In der Praxis existieren jedoch keine „sozialisationsfreien Räume“. Ignoriert man diese Tatsache, kommt es zwangsläufig zu interkulturellen Missverständnissen und Konfliktsituationen.

Daher kommt für Bolten nur das Konzept der interkulturellen Kompetenz in Frage. Geht man von einem interkulturellen Interaktionsgeschehen aus, indem eine „Zwischenwelt“ entsteht, in der sich zwischen den teilnehmenden Personen eine eigenständige von beiden ausgehandelte Lebenswelt mit eigenen Codes herausbildet, bezeichnet interkulturelle Kompetenz „die Fähigkeit einen solchen Aushandlungsprozess mit einer für alle Beteiligten möglichst hohen Plausibilität realisieren zu können“ (Bolten 2007: 19). Dabei handelt es sich nicht um eine eigene Handlungskompetenz, sondern um eine Erweiterung der Bereiche der individuellen, sozialen, fachlichen und strategischen Kompetenz.

Tabelle1: Allgemeine vs. interkulturelle Handlungskompetenz (Bolten 2007:19)

Kompetenzbereich	Allgemeine Handlungskompetenz als Interdependenzverhältnis von:	Interkulturelle Handlungskompetenz als Interdependenzverhältnis von:
Individuell	Belastbarkeit, Lernbereitschaft, Selbstwahrnehmung, Selbststeuerungsfähigkeit, Rollendistanz, Flexibilität, Ambiguitätstoleranz usw.	dto. Plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Selbststeuerungsfähigkeit in sprachlich fremder Umgebung
sozial	Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, (Meta-) Kommunikationsfähigkeit, Toleranz, Kritikfähigkeit, Empathie usw.	dto. Plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Konfliktfähigkeit in Kontexten unter Beweis stellen können, in denen andere Konfliktbewältigungsstrategien üblich sind
fachlich	Fachkenntnisse im Aufgabenbereich, Kenntnisse der fachlichen/beruflichen Infrastruktur, Fachwissen vermitteln können, Berufserfahrung usw.	dto. Plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Fachkenntnisse unter Berücksichtigung anderskultureller Traditionen der Bildungssozialisation vermitteln können
strategisch	u.a. Organisations- und Problemlösefähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Wissensmanagement usw.	dto. Plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Synergiepotentiale bei kulturell bedingt unterschiedlichen Formen der Zeitplanung erkennen und realisieren können

#### 5.2.2.2 Zur Operationalisierung interkultureller Kompetenz

Jürgen Boltens Konzept der interkulturellen Kompetenz bezieht sich weniger auf den Patienten mit Migrationshintergrund, als vielmehr auf Gesundheitstouristen, die meist als Privatpatienten anreisen. Sie stellen für viele Krankenhäuser eine gute Einnahmequelle dar, weshalb für diese interkulturelle Kompetenz nicht nur während der Behandlung, sondern auch in dessen Vor- und Nachfeld (Akquisition, Patientenkommunikation, Support) von großer Bedeutung ist. Somit wird interkulturelle Kompetenz nicht nur von den Ärzten und dem Pflegepersonal gefordert, sondern auch von dem gesamten Gesundheitsmanagement der Institution. Aufbauend auf den interkulturellen Teilkompetenzen, wie sie in Tabelle1 erklärt werden, sollen in einem zweiten Schritt dann folgende gezielte Entwicklungsmaßnahmen formuliert werden.

Tabelle2: Maßnahmen interkultureller Kompetenzentwicklung bei unterschiedlichen Zielgruppen des medizinischen Bereichs (Bolten 2007:21)

	Ärzte	Pflegekräfte	Institution/Management
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Selbstkompetenz	z.B. Motivation zur Aufrechterhaltung von Lernbereitschaft auch in zunächst scheinbar "unverständlichen" Handlungskontexten; Förderung rollendistanzierten Verhaltens; Erwerb von Grundkenntnissen in den Sprachen der am häufigsten vertretenen Zielgruppen	z.B. Festigung der Selbststeuerungsfähigkeit in kulturell fremden Kontaktsituationen (mit Familienangehörigen des Patienten, Erwerb von Grundkenntnissen in den Sprachen der am häufigsten	z.B. Bereitstellung einer interkulturell handlungsfähigen Organisationsstruktur (Vernetzung mit Dolmetscher-Diensten, Ausschöpfen des interkulturellen und fremdsprachigen Potentials der Mitarbeiter; interkulturelle Leitbildformulierung etc.)
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Sozialkompetenz	z.B. Supervising interkultureller Arzt-Patienten-Interaktionen; Vermittlung metakommunikativer Handlungsstrategien; Strategien zur Diagnose und zum Umgang mit interkulturellen Vermeidungsfallen wie z.B. das Ausblenden psychosozialer Orientierung und daraus resultierender Kommunikationsabbruch als Resultat der Angst, Patienten mit „fremden“ Verhaltensweisen zu diskriminieren	z.B. Reflexion der Bedeutung familiärer Strukturen bei unterschiedlichen Zielgruppen einschließlich möglicher Konsequenzen für die Pflegeorganisation; Erwerb von Strategien zur Realisierung interkultureller "Aushandlungsprozesse" und Konfliktlösungsstrategien	z.B. an Erwartungen konkreter Zielgruppen ausgerichtete Darstellung der Organisationspersönlichkeit bei PR-Maßnahmen; Weiterbildungen zum Umgang mit kulturspezifischen Formen der Krankheitserfahrung
Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Fachkompetenz	z.B. Reflexion der Auswirkungen kulturspezifischer Attributionen der Arzt-Rolle auf den Behandlungsprozess; Interkulturelle Strategien bei der Vermittlung zwischen medizinischer Notwendigkeit und ethischem Anspruch	z.B. Verdeutlichung der Auswirkungen eines kulturspezifisch unterschiedlichen Pflegeverständnisses auf den Pflegeprozess	z.B. Aufbau von Netzwerken zum internationalen Ärzte-Austausch; Etablierung von Wissensmanagementsystemen zum interkulturellen Umgang mit medizinischer Ethik, rechtlichen und finanztechnischen Usancen

Maßnahmen zur Entwicklung interkultureller Methoden-/Prozesskompetenz	z.B. Befähigung, Entscheidungen auch in sprachlich fremden Kontexten (mit oder ohne Dolmetscher) plausibel zu kommunizieren; Strategien zum Erkennen und zur Realisierung interkultureller Synergiepotentiale in multikulturellen Stationsteams vertretenen Zielgruppen	z.B. Verbesserung der Fähigkeit, Patienten Besonderheiten und Erfordernisse der Ablaufplanung plausibel erklären zu können; Reflexion von Strategien zur Vereinbarung von Pflegerhythmus und soziale Ansprüche der Patienten (interkulturelle Prozessmoderation)	z.B. Weiterbildung geeigneter Mitarbeiter zu interkulturellen Prozessbegleitern/Coaches; kontinuierliche Durchführung von Evaluationen seitens der Patienten; Workshops für alle Mitarbeiter zum Erfahrungsaustausch in Bezug auf die interkulturelle Praxis
---	---	--	--

Bolten betont jedoch, dass interkulturelles Handeln immer zwischen Beteiligten mit sehr konkreten Sozialisationshintergründen bzw. „Ausgangskulturen“ stattfindet. Interkulturelle Kompetenz in „allgemeiner“ Form, also ohne (eigen- und ziel-)kulturelle Kompetenz ist für ihn nicht vorstellbar. Er meint jedoch auch, dass, wenn die Beteiligten multiple Sozialisationskontexte bzw. -netzwerke besitzen, das Aushandlungsergebnis nur schwer vorhersagbar ist und der interkulturelle Prozess somit schwer zu gestalten oder zu moderieren ist (vgl. Bolten 2007:21).

Bolten plädiert außerdem für eine länderspezifische Spezialisierung, die für das eigene Fachgebiet interessant und ökonomisch vielversprechend ist. Dies beugt nicht nur einer Überforderung der Mitarbeiter vor, sondern erleichtert auch die Entwicklung des Angebotes. So kann das Management die Fremdsprachenausbildung, zielkulturelle Weiterbildungsveranstaltungen, Einbindung von Dolmetschern, Personalentscheidungen, rechtliche Spezialisierung und den Einsatz von Marketinginstrumenten effektiver planen.

### 5.2.3 Transkulturelle Kompetenz von Dagmar Domenig

Dagmar Domenig studierte Jura und machte später die Ausbildung zur Krankenschwester. Anschließend studierte sie noch Ethnologie. Seit 1997 hat sie diverse Lehraufträge in der Aus- und Weiterbildung zu transkultureller Kompetenz. Seit

2001 ist sie außerdem Leiterin der Fachstelle Migration und Gesundheit des Schweizerischen Roten Kreuzes.

Domenig geht von einem Konzept der Transkulturalität aus, da für sie nur dieses Rücksicht auf die Mischungen und Durchdringungen unserer Kulturen nimmt. „Inselartige“ Beschreibungen von Kulturen die mit festen Grenzen ausgestattet sind, wie sie in den Konzepten von Interkulturalität und Multikulturalität vorkommen, machen für sie nur wenig Sinn, da solche Vorstellungen deskriptiv falsch und irreführend sind. Das Konzept der Transkulturalität stellt nicht das Zwischen oder das Nebeneinander, sondern das über das Kulturelle hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit letztendlich auch das Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum (vgl. Domenig 2001b:146-147).

#### 5.2.3.1 Transkulturelle Kompetenz

Domenig geht in ihrem Kompetenzmodell vor allem auf den Umgang mit Migranten ein und im Speziellen mit diesen in den Pflegeberufen. Für sie ist letztendlich jede Begegnung transkulturell, da – ausgehend von dem Modell der kulturell hybriden Identität – in der Interaktion immer Menschen mit verschiedenen aber auch gemeinsamen Hintergründen und ihren individuellen Lebensgeschichten aufeinander treffen. Folglich ist für sie auch transkulturelle Kompetenz keine zusätzliche, auf Migranten zugeschnittenen Kompetenz, sondern vielmehr professionelles kompetentes Handeln auch im Migrationskontext (vgl. Domenig 2001a: 36).

Pavkovic (1999) definiert transkulturelle Kompetenz als eine erweiterte soziale Kompetenz, die nicht nur im Migrationskontext gebraucht wird, da sie generell die kreative Auseinandersetzung von sehr heterogenen Fachleuten mit verschiedenen Kompetenzprofilen, Lebens- und Denkweisen ermöglicht und kulturelle Diversität „Multiperspektivität, Ambiguitätstoleranz, Fremdheitskompetenz, das Sich-Besinnen auf beziehungsfördernde Mittel und die Ressourcenorientierung, sowie das gemeinsame Entwickeln von neuen Lösungen fördert“ (Pavkovic 1999: 62-63). Somit geht es hier um das Entwickeln einer gemeinsamen Sprache und gemeinsamen „Realität“. Dies ist

nur möglich, indem man das „Fremdkulturelle“ entfremdet und sich mit anderen Kontexten vertraut macht. So erkennt man, dass es andere Welterfahrungen und Konstruktionen der Realität gibt, als die der eigenen und kann diese auch als gleichermaßen Gültige akzeptieren und zulassen (vgl. Pavkovic 1999: 57-59).

### 5.2.3.2 Transkulturelle Kompetenz als professionelles Handeln

Transkulturelle Kompetenz stellt nicht „Kulturen“ ins Zentrum, sondern die Interaktion zwischen dem medizinischen Personal und dem Migrant. Domenig will jedoch nicht ein eigenes Modell zur Behandlung von Migranten entwickeln, da für sie Transkulturalität nur ein Teil der Professionalität darstellt. Jedoch geht es ihr nicht um unikulturelle Konzepte und routinierte Handlungsweisen, sondern im Gegensatz, um große Flexibilität und ein breites Repertoire an Methoden und Techniken. Transkulturelle Kompetenz erfordert somit eine möglichst situations- und kontextgerechte Anpassung der Interventionen an die Bedürfnisse der Klienten. Im Migrationskontext umfasst das folgende spezifische Fähigkeiten:

- Anpassen des methodischen Vorgehens
- Flexible Anwendung von Konzepten
- Hohe Flexibilität in Bezug auf Kommunikationsweise und Beziehungsgestaltung
- Infrage stellen eigener soziokultureller, lebensgeschichtlicher und allenfalls migrationspezifischer Prägung
- Einbezug von migrationspezifischen Faktoren
- Einbezug von psychologischen Faktoren
- Einbezug von lebensgeschichtlichen Faktoren
- Einbezug von soziokulturellen Faktoren

(Domenig 2001a: 37)

Damit alle Faktoren auch miteinbezogen werden können, muss vor der eigentlichen Intervention eine umfassende Anamnese durchgeführt werden, damit die Sichtweise und Sinnwelt des Klienten möglichst genau erfasst werden kann. Im Kontext der Arzt-Patienten-Interaktion soll hier auf die migrationspezifische Anamnese von Salis Gross

verwiesen werden, die im Kapitel „Kontextbezogenes Erklärungsmodell“ (4.3.2) behandelt wurde. Oft erfolgt eine solche Anamnese aber nicht ausreichend, da sich das medizinische Personal aufgrund von Unsicherheitsgefühlen und Unbehagen in die sogenannte professionell distanzierte Haltung zurückzieht, wodurch es „den Schlüssel zu den Erzählungen der MigrantInnen“ (Domenig 2001a: 38) verliert. Auch erschweren Vorurteile und unangemessene Beurteilungen die Interaktion im Migrationskontext. Laut Domenig stützt sich transkulturelle Kompetenz somit auf drei Pfeiler:

- Selbstreflexivität
- Hintergrundwissen und transkulturelle Erfahrung
- Empathie und Verstehen

#### 5.2.3.2.1 Selbstreflexivität

Als alltägliche Lebenswelt wird jener Wirklichkeitsbereich bezeichnet, der als gegeben gilt und somit von uns nicht weiter hinterfragt wird. Er bildet den Rahmen, in dem wir unsere alltäglichen Aufgaben bewältigen. Dieser Bereich beruht auf den jeweils gesammelten Erfahrungen und dient „als Matrix, auf der ich alles spiegle, interpretiere und entsprechend meine Handlungen ableite (Domenig 2001b: 148). Im Migrationskontext hat man es mit Menschen zu tun, die ebenfalls eine solche Lebenswelt besitzen, die sie unhinterfragt und als gegeben hinnehmen. Transkulturelle Kompetenz heißt in diesem Zusammenhang die Fähigkeit, nicht nur seine eigene Lebenswelt zu hinterfragen, indem Unbewusstes bewusst gemacht wird, sondern auch die des Migranten, um auch deren Perspektive erfassen zu können. Man wird sich nie hundertprozentig in einen anderen Menschen hinein fühlen können, jedoch kann man laut Domenig die Fähigkeit trainieren, aus der eigenen Lebenswelt auszusteigen, um sich der eines anderen zu nähern (vgl. Domenig 2001b: 39). Transkulturelle Kompetenz kann somit als die „Kenntnis der je eigenen kulturellen Grundlagen, die Kenntnis über andere kulturelle Phänomene und die Synthese aus beiden im jeweiligen aktuellen Handlungskontext“ (Uzarewicz, 1999: 126) definiert werden. Werden die eigenen

Hintergründe jedoch nicht hinterfragt, ist die Gefahr groß, dass Migranten vorurteilsbeladen und infolgedessen falsch beurteilt werden.

#### 5.2.3.2.2 Hintergrundwissen und transkulturelle Erfahrungen

Hintergrundwissen sollte laut Domenig nicht auf „kulturgebundenem“ Wissen beruhen, sondern Konzepte genereller Art einführen. Darunter fallen für sie vor allem medizinethnologische Konzepte, auf die hier nicht genauer eingegangen werden soll, da sie im Kapitel 3 (Medical Anthropology) schon behandelt wurden. Wichtige Ebenen, die den Krankheitsprozess betreffen sind dabei:

- Die Ebene des Körpers
- Die Ebene der Psyche
- Die Ebene des sozialen Netzes
- Die übergreifende Ebene der kulturellen Bedeutungen

Diese Konzepte sollen jedoch nicht bestimmten Migrantengruppen zugeschrieben werden, sondern als Hilfe dienen, um zu sehen, inwieweit Medizin immer auch kulturell geprägt ist. Auch müssen migrationsspezifische Hintergründe, wie Lebensbedingungen und –realitäten, der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit als auch migrationsspezifische Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung zur Kenntnis genommen werden. Die Aneignung von Hintergrundwissen ist jedoch nur ein Teil. Wissen wird nicht nur über die kognitive Ebene, sondern auch über die konkrete Erfahrungsebene einverleibt. Daher ist es wichtig, Erfahrungen im Umgang mit Migranten zu sammeln, um transkulturell erfahrener zu werden. Dies wird jedoch noch meist eher als belastend und störend empfunden anstatt als Chance und Bereicherung (vgl. Domenig 2001b: 149-150).

#### 5.2.3.2.3 Empathie und Verstehen

Empathie kann als Gegenteil von Abgrenzung verstanden werden, indem nicht auf die Wahrung von Distanz geachtet wird, sondern vielmehr Interesse und Neugier im

Vordergrund stehen. Im Kontext der transkulturellen Kompetenz ist Empathie, laut Domenig, von besonders großer Bedeutung, da man sich meist nicht auf Altbekanntes zurückziehen kann, sondern es wichtig ist, in jeder Situation das Neue zu entdecken. Jedoch wird in der medizinischen Ausbildung der Schwerpunkt eher auf Abgrenzung und Wahrung der professionellen Distanz gelegt, als auf Lerninhalte, die vermitteln, wie man empathische Nähe herstellen kann. Nur durch große Aufmerksamkeit, Offenheit und auch dem Eingeständnis, dass man nicht alles verstehen kann, führt zu einem gegenseitigen Annäherungsprozess. Dabei muss jedoch auf die eigene Neutralität verzichtet werden. Durch Strategien der Selbstpräsentation, Zustimmungsbekundung und passende Fragen kann die Interaktion dann so gestaltet werden, dass der Befragte dabei unterstützt wird, seine Wahrheit zu veräußern (vgl. Domenig 2001b: 150-151).

„Der Prozess über die Selbstreflexion hin zur Reflexion über und Interpretation von migrationspezifischen Lebenswelten führt demnach letztlich zu transkultureller Empathie und einem gegenseitigen Verstehen in der transkulturellen Begegnung. Weiterbildung, die diesem inhaltlichen Aufbau folgt, kann schon in kurzer Zeit ein prozesshaftes und selbstreflexives Geschehen auslösen“ (Domenig 2001b: 151).

### 5.2.3.3 Transkulturelle Organisationsentwicklung

Domenig geht in ihrem Konzept der transkulturellen Kompetenz auch genauer auf die Organisationsentwicklung ein. Im Rahmen dieser Arbeit soll jedoch nur kurz, zwecks der Vollständigkeit, auf diesen Punkt eingegangen werden.

Für Domenig ist es wichtig, dass zur Erhöhung der transkulturellen Kompetenz auch ein Wandel bei den gesamten in der Institution handelnden Akteuren erreicht wird. Daher müssen folgende Maßnahmen, Impulse und Prozesse erfolgen:

- Schaffung eines Verantwortungsbereichs „Migration“ auf Leitungsebene
- Anlaufstelle für migrationspezifische Fragen
- Anstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund
- Aufbau eines professionellen Dolmetscherdienstes

- Migrationspezifische Anpassung von Leitbildern, Pflegestandards und anderen Dokumenten
- Strukturelle und organisatorische Anpassungen
- Bereitstellen von genügenden finanziellen, personellen und fachspezifischen Ressourcen
- Fallbesprechungen für komplexe Situationen
- Abteilungsübergreifende Fachgruppen
- Weiterbildung

### 5.3 Medizinanthropologie und Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Lehre und Praxis

Soziales und kulturelles Wissen wird im Gesundheitsbereich zunehmend als erforderlich angesehen. Die Medizinanthropologie kann dabei einen wichtigen Beitrag in der Lehre und Praxis leisten. Auch die Bedeutung einer interkulturellen Kompetenz bei Medizinern und anderen im Gesundheitsbereich tätigen Personen wird erkannt und auch dementsprechend immer mehr in der medizinischen Lehre und Praxis verankert.

#### 5.3.1 Medizinanthropologie in der medizinischen Lehre

In einem Reformprozess erarbeitete die Medizinische Universität Wien ein neues Medizincurriculum (MCW), das seit 2002/03 in Kraft ist. Kern dieses Curriculums ist das Prinzip des integrierten und problemorientierten Lernens. Medizinische Grundfertigkeiten werden nicht mehr wie früher in einem Stück gelehrt, sondern in themenbezogene Lernblöcke aufgeteilt. Außerdem müssen die Studenten während des gesamten Studiums selbständig Strategien und Lösungswege für berufspraktische Probleme erarbeiten. Das neue MCW legt auch Wert auf die Schulung der kommunikativen und sozialen Kompetenz der Studierenden im Umgang mit Patienten und auf das Erarbeiten einer reflektierten ethischen Grundhaltung (vgl. MUW: 2009)

Im Zuge der Reform kommen auch human- und geisteswissenschaftliche Fächer („Medical Humanities“) in der medizinischen Lehre zu tragen. So sind erstmals medizinische Ethik, medizinische Psychologie, Sozialmedizin und Medizinanthropologie in einigen Blöcken verpflichtend. Im Qualifikationsprofil wird unter anderem von den Medizinstudenten sowohl grundlegende Kenntnisse und Verständnis von der Interaktion des Individuums mit Gesellschaft und Umwelt gefordert, als auch die Bereitschaft auf medizinisch relevante geschlechtsspezifische, soziale und kulturelle Unterschiede einzugehen, bestehende Informationsdefizite aktiv aufzuarbeiten und rollenstereotype Verhaltensweisen zu vermeiden (vgl. MUW 2007: 40-41).

Folgende Blöcke enthalten human- und geisteswissenschaftliche Fächer:

- 1. Semester: „Berufsfelderkundung für HumanmedizinerInnen“: Ziel dieser Lehrveranstaltung ist es, die Grundzüge des Tätigkeitsfeldes des/der praktisch tätigen ÄrztIn kennen zu lernen und u.a. auch für geschlechtsspezifische, soziale und kulturelle Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit zu sensibilisieren“ (MUW 2007: 7).
- 2. Semester (Block 6): „Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft“: „Die Vorlesung vermittelt Grundlagen der äußeren Ursachen von Krankheiten sowie der evolutionsbiologischen, psychischen, sozialen, ethischen, geschlechtsspezifischen und transkulturellen Bedingtheit von Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod [...]“ (MUW 2007: 7).
- 7. Semester (Block 20): „Psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit“: „Ziel der Vorlesung ist es, die Grundlagen zur Beurteilung normalen und abnormen psychischen Funktionierens sowie der Kontinuität zwischen Normalität und Pathologie zu vermitteln. Zu diesem Zweck werden die wichtigsten psychologischen Denkschulen vorgestellt (u.a. die psychodynamischen, humanistischen und lerntheoretischen) und die Bedeutung genetischer, biologischer, geschlechtsspezifischer und sozialer Faktoren (einschließlich des gesellschaftlich-kulturellen Kontextes) diskutiert“ (MUW 2007: 14).

- Im 3. Studienabschnitt gibt es noch weitere Lehrveranstaltungen wie „Ethik in der Medizin“, „Psychosomatik“ und „Sozialmedizin“ (vgl. MUW 2007: 17).

Auch spezielle medizinanthropologische Themengebiete sind im neuen Medizincurriculum teils verpflichtend, teils freiwillig (Abbildung 3):

Semester	Module ("Block")	teaching form/length	Medical anthropology topic	Mandatory/optional
2	"Man in environment, family and society".	lecture 2 hours	Anthropological and ethno-cultural aspects of disease	mandatory
3	"Special study module" SSM 1	seminar two weeks	Global health, inequalities and health, cross-cultural competence	Optional, to choose out of 48 seminars
4	"Heart, circulation, blood, vessels"	lecture 1 hour	Cultural history	mandatory
5	"Sexuality, reproduction, pregnancy and birth"	lecture 1 hour	Gender and health	mandatory
8	"Physician and ethics; chronic disease, disability, old age".	discussion 1 hour	Old age, dying and death in cultural comparison	mandatory
6	SSM 2	seminar three weeks	cross-cultural competence, migration and health	Optional, to choose among 43 seminars
8	SSM 3	seminar four weeks	Topic free to choose, fieldwork required, preparation for MD thesis	optional

Abbildung 3: Medizinanthropologie im Medizincurriculum, Wien (Kutalek 2009: 20)

Ziel dieser Lehrveranstaltungen ist es, den Studenten den Einfluss von kulturellen und sozialen Aspekten auf Gesundheit und Krankheit näher zu bringen, aber auch wie strukturelle Gegebenheiten ein Ungleichgewicht im Gesundheitswesen erzeugen. Es soll jedoch nicht eine Polarisierung zwischen Medizin und Sozialwissenschaften erzeugt werden, sondern vielmehr auf die Wichtigkeit von Medizinanthropologie und anderen „Medical Humanities“ hingewiesen werden. Dabei soll weniger kulturspezifisches

Wissen vermittelt werden, sondern vielmehr eine Reflexion der eigenen Kultur gefördert werden. So soll von den Studenten selbst herausgefunden werden, welche Verhaltensweisen im Gesundheitswesen individuell oder kulturell spezifisch sind. Nur so kann einer Stereotypisierung von Patientenverhalten vorgebeugt werden, denn in komplexen Gesellschaften sind Kulturen immer mehr heterogen, flexibel und veränderbar (vgl. Kutalek 2009: 21-24).

Dass auch die Studenten die medizinanthropologischen Lehrveranstaltungen positiv gegenüberstehen zeigen die Besucherzahlen. So zählen bei den Wahlpflichtfächern die medizinanthropologischen Themen zu den meist besuchten, und im Studienjahr 2007/08 wurden bereits 10 Diplomarbeiten in Medizinanthropologie abgeschlossen und 25 weitere sind in Arbeit (vgl. Kutalek 2009: 20-21).

### 5.3.2 Medizinanthropologie in der medizinischen Praxis

Im Folgenden sollen einige Projekte vorgestellt werden, die in Wien in den letzten Jahren durchgeführt wurden, um die Situation von Migranten im österreichischen Gesundheitswesen zu verbessern.

#### 5.3.2.1 „Migrant-Friendly-Hospital“(MFH)

Im Jahre 2002 haben sich Krankenhäuser aus 12 europäischen Ländern zusammengefunden, um im Rahmen eines EU-Pilotprojekts sich mit der Situation von Migranten in Krankenhäusern auseinander zu setzen. Unter diesen 12 ist auch das Kaiser-Franz-Josef Spital in Wien. Die Projektpartner einigten sich auf drei Punkte, welche als Grundprinzipien für ein migrantenfreundliches Krankenhaus dienen sollten.

- Wertschätzung von Vielfalt durch Akzeptanz von Menschen mit unterschiedlichem ethnischen und kulturellen Hintergrund als grundsätzlich gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft

- Identifizierung der Bedürfnisse dieser Menschen und laufendes Monitoring und Qualitätsentwicklung der Dienstleistungen in Hinblick auf diese spezifischen Bedürfnisse
- Und schließlich aktive Kompensation von Nachteilen, die den Betroffenen durch unterschiedliche ethnokulturelle Hintergründe erwachsen.

Anhand der Erfahrungen der MFH-Projektpartner, internationaler Diskussionen und wissenschaftlicher Literatur konnten folgende Empfehlungen identifiziert werden:

- Ein migrantenfreundliches Krankenhaus zu werden eine Investition in individuellere und persönlichere Dienstleistungen für alle Patienten und Klienten sowie deren Familien.
- Notwendige Voraussetzung ist das Bewusstmachen für die spezifischen Erfahrungen und Probleme von Migrantenpopulationen. Auf dieser Basis müssen dann Veränderungen in Kommunikation, Organisationsabläufen und Ressourcenzuteilung durchgeführt werden.
- Klischeebildung muss vermieden werden. Ethnische Abstammung, kultureller Hintergrund und religiöse Zugehörigkeit sind nur einige wenige Dimensionen des komplexen menschlichen Daseins.
- Partnerschaften mit Betroffenen auf lokaler Ebene bzw. mit NGOs, die mit Problemen von Migranten vertraut sind, sollten geschlossen werden.

Im Weiteren werden noch einige wichtige Empfehlungen für das Krankenhausmanagement, das Personal, die Nutzer und Vertreter der lokalen Bevölkerungsgruppen, der Gesundheitspolitik sowie den Gesundheitswissenschaften dargelegt. Aufgrund der Fülle an Informationen werde ich mich auf die Empfehlungen für das Personal der Gesundheitsberufe beschränken:

- Konsens über die Kriterien für Migrantenfremdlichkeit an die jeweilige spezifische Situation muss geschlossen werden. Diese müssen in berufliche Kriterien übersetzt und in der Alltagspraxis gefordert werden.

- Angehörige der Gesundheitsberufe müssen sich Kompetenzen in Hinblick auf kulturübergreifendes Handeln, interkulturelle Kommunikation und auf den Umgang mit ethnokultureller Vielfalt aneignen.
- Klinische Praxis, präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten auf die verschiedenen Populationen abgestimmt werden.
- Auf den Grad der Alphabetisierung und das Wissen der Nutzer über Gesundheit und das Gesundheitssystem auf allen Ebenen ist zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollte die Entwicklung von Informationsmaterial und Bildungsprogrammen gefordert und unterstützt werden.
- Aufgrund traumatischer Migrationserfahrungen sollte verstärkte Aufmerksamkeit auf die psychische Gesundheit der Nutzer gelegt werden.

(vgl. IMO 2006)

#### 5.3.2.2 „Andere Länder – andere Sitten“

Im Herbst 2002 wurde von Seiten des Kaiser-Franz-Josef Spital die Bitte an das Frauengesundheitszentrum FEM Süd herangetragen, dem Personal des Hauses Informationen über Sitten und Gebräuche in anderen Kulturen zu vermitteln, da diese immer häufiger mit Patientinnen aus anderen Herkunftsländern konfrontiert sind. Daraufhin wurde von einem mehrsprachigen und multiprofessionellen Team des FEM Süd gemeinsam mit Mitarbeiter des Kaiser-Franz-Josef Spitals ein Konzept für alle Professionen (ÄrztInnen, PflegerInnen, Hebammen, etc.) entwickelt, vorgestellt und erprobt. Das Konzept wurde inzwischen erweitert und findet regelmäßig zweimal pro Semester statt.

Ziel dieses Seminars ist es, dass die Akzeptanz des „Anderen“ gefördert wird und somit in Konfliktsituationen für beide Parteien Zufriedenheit hergestellt werden. Neben den auftretenden Spannungsfeldern und Konflikten sollen vor allem kreative Potenziale und die Möglichkeit von Synergien erkannt werden.

Zusammenfassend soll die Weiterbildung in transkultureller Kompetenz:

- die Auseinandersetzung mit vertrauten und anderen Sichtweisen fördern
- Wissen über die politischen, gesellschaftlichen und soziokulturellen Hintergründe von Migration sowie Sitten und Gebräuche verschiedener Kulturen vermitteln
- strukturelle und personelle Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz analysieren
- individuelle Handlungskompetenzen erweitern und damit
- institutionelle und individuelle Barrieren für MigrantInnen abbauen sowie
- Versorgungskonzepte erbringen, die der soziokulturellen Vielfalt der Gesellschaft entsprechen (vgl. Borde/Rosendahl, 2003).

Zur Erweiterung der transkulturellen Kompetenz sind folgende Punkte entscheidend: (Selbst-) Empathie, (Selbst-) Reflexion, (kulturelles) Wissen (soziokultureller Hintergrund), Erfahrung (Integration der eigenen Erfahrungen in kulturellen Überschneidungssituationen) und die Ich-Du-Interaktion (Konzentration auf die Person und keine Reduktion auf Religion, Kultur oder Nation).

Folgende 5 Themenbereiche werden in Impulsreferaten und Gruppenübungen bearbeitet:

- 1) Auseinandersetzung mit dem Eigenen und dem Anderen
- 2) Ursachen und soziale Zusammenhänge zwischen Migration und Erkrankungen
- 3) Wissensvermittlung von soziokulturellen Hintergründen
- 4) Vermittlung von Besonderheit im Umgang bzw. Setting mit KlientInnen aus fremden Kulturen
- 5) Stressmanagement

Am Seminar „Andere Länder – andere Sitten“ herrscht großes Interesse und auch andere Spitäler haben bereits Interesse an dieser Fortbildungsmöglichkeit angekündigt. 93% sind auch der Meinung, dass sie das Erlernete in der praktischen Arbeit mit Migranten sehr gut bzw. gut umsetzen können. Die Seminare werden ständig

dokumentiert, evaluiert und je nach Interesse der Teilnehmer erweitert. (vgl. Löschke/Plasser 2004).

### 5.3.2.3 „Psychosoziale Betreuung von MigrantInnen“

Dabei geht es vor allem darum eine muttersprachliche Begleitung und Unterstützung Von Migranten im Gesundheitsbereich zu etablieren. Dies wird im Rahmen verschiedener Projekte von mehreren NGOs erfolgreich angeboten, darunter von:

- „Miteinander Lernen – Birlikte Ögrenelim“ im Rahmen des Psychotherapie- und Familientherapiezentrum
- „Hemayat“ in Form von therapeutischer Betreuung von Kriegsopfern
- FEM-Süd in Form von Einzel- und Gruppentherapie (einschließlich der Betreuung von Kriegstraumatisierten) in den Muttersprachen Serbisch/Kroatisch/Bosnisch und Türkisch
- SILA Beratungszentrum für Prostituierte (Projekt der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL)
- AMBER (Evangelisches Hilfswerk) in Form von Einzel- und Gruppentherapie für nicht versicherte MigrantInnen, welche von einem Netzwerk neurologischer/psychiatrischer Fachärzte ohne Entgelt in Muttersprachen, darunter auch Arabisch und Russisch, angeboten wird
- „Die Boje“ - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen, welches auch Migrantenkinder aus dem Flüchtlingsheim Traiskirchen betreut
- „Migrare“ in Form von mehrsprachiger allgemeiner Beratung und Lebens- und Sozialberatung in türkischer Sprache sowie Ausbildung von MigrantInnen als MultiplikatorInnen in Gesundheitsfragen
- „ZEBRA“ führt ebenfalls ein Ausbildungsprojekt für MigrantInnen zur MultiplikatorInnenschulung im Gesundheitsbereich durch
- Wiener Sozialdienste im Rahmen des WHO-Projekts „Aktiv ins Alter“

- „Peregrina“, „Orient Express“ und anderen Vereinen für MigrantInnen, die geschulte Sprach- und KulturdolmetscherInnen vermitteln

(vgl. IMO 2004)

#### 5.3.2.4 Interkulturelle Kompetenz für Gesundheitsberufe

Auch das Österreichische Rote Kreuz Tirol bot 2005/06 einen Workshop für Mitarbeiter aus Gesundheitsberufen an, welcher von zwei Ethnologinnen der Arbeitsgruppe AMIKO geleitet wurde. Der Lehrgang wird bietet folgende Themen an:

- Was ist „Kultur“?
- Kulturelle Dimensionen von Gesundheit, Krankheit und Heilung
- Macht Migration krank? – Zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit
- Migrantenorientierte Gesundheitsversorgung
- Sensibilisierung für die Kulturgebundenheit des eigenen Denkens und Handelns
- Konfliktfelder der interkulturellen Begegnung
- Zusammenhang von Kultur und Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden
- Politische und rechtliche Aspekte der Migration
- Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten
- Kranksein in der Fremde (Sozialmedizin)
- Theorie der Transkulturellen Pflege
- Schwerpunktthemen kultursensibler Pflege (kulturelle Aspekte der Haut und Körperpflege, Ernährung, Bedeutung der Familie und der Religion, Umgang mit Schmerz, Sterben und Tod etc.)
- Interkulturelle Kommunikation
- Vermittlung (Multiplizierung) der Transkulturellen Kompetenz

(vgl. IMO 2006)

## 6. Schlussbemerkung

Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, zu welchen Problemen es in der Arzt-Patienten Interaktion mit Migranten kommen kann und welche Lösungsansätze die wissenschaftliche Literatur in Bezug auf interkulturelle Kompetenz vorschlägt.

Wie gezeigt wurde, ist es ein Fehler, Schwierigkeiten vorschnell als Problem der Verschiedenheit der Kulturen darzustellen. Kulturspezifisches Wissen und vor allem kulturelle Sensibilisierung sind im Gesundheitsbereich zwar notwendig, jedoch sollten nicht sie allein im Mittelpunkt stehen. Dies birgt nämlich die Gefahr, dass die konkrete Lebenssituation des Patienten vernachlässigt wird und somit der Blickwinkel eingeschränkt wird. Krankheit betrifft den Menschen aber immer als Ganzes und somit müssen auch bei der Behandlung alle Lebensaspekte berücksichtigt werden. Vor allem Migranten leben oft unter erschwerten sozialen Bedingungen und Benachteiligungen, welche oft krankheitsfördernd wirken. Werden solche sozialen Ungleichheiten in kulturelle Unterschiede umdefiniert, kommt es zwangsläufig zu unüberwindbaren Problemen.

Interkulturelle Kompetenz ist ein viel gebrauchtes Schlagwort unserer Zeit geworden. Nicht nur in der Medizin, sondern auch in den wirtschaftlichen Bereichen und im öffentlichen Dienst wird gehofft, mit Hilfe dieser, den Problemen und Veränderungen die die Globalisierung mit sich bringt Herr zu werden. Jedoch ist es nicht so einfach. Wie gezeigt wurde, gibt es gravierende Unterschiede in der Definition von interkultureller Kompetenz, ganz abgesehen davon, wie ein Konzept von dieser aussehen und vermittelt werden kann. Weiteres handelt es sich um ein stark interdisziplinäres Feld, wodurch es eine Fülle von verschiedenen Ansätzen und Zielen gibt.

Die Modernität und Popularität des Begriffs „interkulturelle Kompetenz“ birgt jedoch auch eine Gefahr. Zu schnell erscheinen Konzepte, die wie Rezepte wirken. In Ausbildungsseminaren, Trainingsprogrammen und Workshops wird anfangs Kultur noch als heterogenes komplexes Gebilde beschrieben. Kommt es jedoch zu Beispielen und Übungen, ist man schnell wieder beim typischen „türkischen Patienten“ oder „chinesischen Manager“. Um diesem Kulturalismus entgegen zu wirken, ist es wichtig,

alle Aspekte wie Gender, rechtliche, soziale und ökonomische Ungleichheiten in ein Konzept mit einzuarbeiten.

Im Bereich der Medizin, wie auch in jeder anderen Profession, wäre es wichtig, dass es zu einer Vereinheitlichung der Konzepte kommt, damit dieses in die Lehre und Fortbildung mit einfließen kann. Das neue Medizincurriculum in Wien ist ein großer Fortschritt in diese Richtung.

Auch wenn in dieser Arbeit vor allem auf die interkulturelle Kompetenz in der Arzt-Patienten Interaktion eingegangen wurde, soll noch einmal erwähnt werden, dass diese die gesamte Institutionsebene, die politische Ebene und auch die Lehre betrifft. Nur so kann garantiert werden, dass die Strukturen und die notwendigen Ressourcen vorhanden sind, um eine adäquate Behandlung von Migranten sicherzustellen.

Interkulturelle Kompetenz wird, meiner Meinung nach, in Zukunft nicht nur für das professionelle Ausüben des Berufs wichtig, sondern in allen Bereichen des Lebens an Bedeutung gewinnen. Interkulturelle Kontakte finden schon in der Schule vermehrt statt und ziehen sich weiter in Lehre und Beruf. Interkulturelle Kompetenz kann somit auch als Mittel zum besseren Verständnis im Alltag dienen und Vorurteilen und Fremdenfeindlichkeit entgegen wirken. Ich denke daher, es wäre wichtig, diese nicht nur in spezifischen Ausbildungen zu lehren, sondern auf breiter Basis bereits in der Schule zu vermitteln. Letztendlich handelt es sich um eine Kompetenz, die dazu dienen kann, für ein besseres Verständnis und Zusammenleben von allen zu sorgen.

## 7. Literatur

- Ackerknecht, Erwin H. 1971: *Medicine and Ethnology*. Bern
- Albrecht, Günter 1972: *Soziologie der geographischen Mobilität: Zugleich ein Beitrag zur Soziologie des sozialen Wandels*. Stuttgart
- Appadurai, Arjun 1996: *Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalization*. Minneapolis
- Auernheimer, Georg (Hg.) 2002: *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Opladen
- Bartels, Max 1893: *die Medizin der Naturvölker*. Leipzig
- Barth, Frederik (Hg.) 1970: *Ethnic Groups and Boundaries. The social Organization of Cultural Difference*. Bergen, Oslo, London
- Barth, Frederik 1970: Introduction. In: Barth, Frederik (Hg.): *Ethnic Groups and Boundaries. The social Organization of Cultural Difference*. Bergen, Oslo, London
- Bauböck, Rainer; Perchinig, Bernhard 2003: *Migrations- und Integrationspolitik in Österreich*. In: <http://www.okay-line.at/php/downloads/media/files/osterr.migr.integr.politik.pdf?okayportal=0bf8e9955a129fa7c190e4d291844616> (2.2.2008)
- Benseler Frank, Blanck Bettina, Keil Reinhard, Loh Wernhar (Hg.) 2002: *Erwägen, Wissen, Ethik*. Bd. 14(1). Stuttgart
- Berg, Gisela 1998: *Subjektive Krankheitskonzepte – eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patienten-Interaktion*. In: David, Matthias (Hg.): *Migration und Gesundheit*. Frankfurt am Main: S. 81-94
- Bielefeld, Ulrich (Hg.) 1992: *Das Eigene und das Fremde. Neuer Rassismus in der alten Welt?*. Hamburg
- Bolten, Jürgen 2007: *Internationalisierung und interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssektor*. In: [http://www2.uni-jena.de/philosophie/iwk/publikationen/interkulturelle\\_kompetenz\\_gesundheitssektor\\_bolten.pdf](http://www2.uni-jena.de/philosophie/iwk/publikationen/interkulturelle_kompetenz_gesundheitssektor_bolten.pdf) (9.12.2007)

- Borde, Theda 1998: Die Versorgung von Immigrant/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In David, Matthias (Hg.): Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main: S. 95-115
- Borde, Theda; Rosendahl, Carla 2003: Interkulturelle Kompetenz in Institutionen des Gesundheitswesens – eine Fortbildung für interdisziplinäre Arbeitsteams. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: S. 247-261
- Borde, Theda; David, Matthias (Hg.) 2003: Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main
- Bös, Mathias 1997: Migration als Problem offener Gesellschaften. Globalisierung und sozialer Wandel in Westeuropa und in Nordamerika. Opladen
- Bös, Berthold; Wörthmüller, Angelika (Hg.) 1987: Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde. Saarbrücken
- Brednich, Rolf W. (Hg.) 1994: Grundriß der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der europäischen Ethnologie. Berlin
- Castles, Stephen 1993: Migrations and Minorities in Europe. Perspectives for the 1990s – Eleven Hypotheses. In: Wrench, John (Hg.): Racism and Migration in Western Europe. Oxford: S.17-34
- Darieva, Tsypylma 2007: Migrationsforschung in der Ethnologie. In: Schmitt-Lauber, Brigitta (Hg.): Ethnizität und Migration. Berlin: S.69-95
- David, Matthias (Hg.) 1998: Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main
- Drechsel, Paul (Mitverf.) 1998: Interkulturalität. Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainz
- Domenig, Dagmar 2001a: Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern
- Domenig, Dagmar (Hg.) 2001b: Professionelle transkulturelle Pflege. Bern
- Douglas, Mary 1969: Purity and Danger: an analysis of concepts of pollution and taboo. London
- Douglas, Mary 1970: Natural Symbols. New York
- Douglas, Mary 1986: Ritual, Tabu und Körpersymbolik : sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur. Frankfurt am Main
- Drobec, Erich 1955: Zur Geschichte der Ethnomedizin. In: Curare 28(2005)1: S.3-10

- Eisenberg, Leon 1977: Disease and Illness. Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. In: Culture, Medicine and Psychiatry 1: S.9-23
- Eisenberg, Leon (Hg.) 1981: The Relevance of Social Science of Medicine. Dordrecht
- Faltermaier, Toni; Kühnlein, Irene; Burda-Viering, Martina (Hg.) 1998: Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. München.
- Feithen, Rosemarie 1985: Arbeitskräftewanderungen in der Europäischen Gemeinschaft. Bestimmungsgründe und regionalpolitische Implikationen. Frankfurt/Main; New York
- Fink, Helga E. 1990: Religion, disease and healing in Ghana. A case study of Traditional Dormaa Medicine. München
- Flick, Uwe 1991: Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentation. Heidelberg
- Geertz, Clifford 1996: Welt in Stücken. Kultur und Politik am Ende des 20. Jahrhunderts. Wien
- Gingrich, Andre 2001: Ethnizität für die Praxis. In: Wernhard, Karl R.; Zips, Werner (Hg.): Ethnohistorie. Wien: S. 99-111.
- Good, Byron J. 1977: The Heart of What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran. In: Culture, Medicine and Psychiatry 1: S.25-58
- Good, Byron J.; Delvecchio-Good, Mary-Jo 1981: The Meaning of Symptoms. A Cultural Hermeneutic Model of Clinical Practice. In: Eisenberg, Leon (Hg.): The Relevance of Social Science of Medicine. Dordrecht: S.165-196
- Good, Byron J. 1994: Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge
- Grabner, Elfriede 1994: Volksmedizin. In Brednich, Rolf W. (Hg.): Grundriß der Volkskunde. Berlin: S. 493-518.
- Greifeld, Katarina (Hg.) 1985: Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin
- Greifeld, Katarina (Hg.) 2003: Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie. Berlin
- Gupta, Akhil; Ferguson, James (Hg.) 1997: Culture, power, place : explorations in critical anthropology. Durham

- Gupta, Akhil; Ferguson, James 1997; Introduction. In: Gupta, Akhil; Ferguson, James (Hg.): Culture, power, place : explorations in critical anthropology. Durham. S. 1-29
- Habermann, Monika 1997: Vom Umgang mit dem Fremden - Der Beitrag der Ethnologie zur Pflege. In: Transkulturelle Pflege. Curare Sonderband 10. Berlin: S.53-62
- Habermann, Monika 1998: Pflegebedürftig in der Fremde? Zur Theorie und Praxis der interkulturellen Pflege. In: David, Matthias (Hg.): Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main: S.153-165
- Hannerz, Ulf 1995: „Kultur“ in einer vernetzten Welt. Zur Revision eines ethnologischen Begriffes. In: Kaschuba, Wolfgang (Hg.): Kulturen – Identitäten – Diskurse. Perspektiven Europäischer Ethnologie. Berlin: S.64-84
- Hannerz, Ulf 2007: Das Lokale und das Globale: Kontinuität und Wandel. In: Schmitt Lauber, Brigitta (Hg.): Ethnizität und Migration. Berlin: S.95-115
- Haug, Sonja; Pichler, Edith, 1999: Soziale Netzwerke und Transnationalität. Neue Ansätze für die historische Migrationsforschung. In: Motte, Jan (Hg.) : 50 Jahre Bundesrepublik - 50 Jahre Einwanderung: Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte. Frankfurt am Main: S.259-284
- Heiss, Gernot (Hg.) 1995: Asylland wider Willen. Flüchtlinge in Österreich im europäischen Kontext seit 1914. Wien
- Hoffmann-Novotny, Hans Joachim 1970: Migration – ein Beitrag zu einer soziologischen Erklärung. Stuttgart
- Honigman, John J. (Hg.) 1973: Handbook of Social and Cultural Anthropology. Chicago.
- Hsu, Elisabeth 2003: Die drei Körper – oder sind es vier? Medizinethnologische Perspektiven auf den Körper. In Lux, Thomas (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Berlin: S.177-189
- Internationale Organisation für Migration (IOM) 2003: Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich. In: [http://iom.ramdisk.org/de/images/uploads/National%20Report%20Austria%20D\\_1089385842.pdf](http://iom.ramdisk.org/de/images/uploads/National%20Report%20Austria%20D_1089385842.pdf) (10.3.2008)

- Internationale Organisation für Migration (IOM) 2004: Migration und Gesundheit. Zusammenfassungen und Empfehlungen der Workshops 2004. In: <http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-und-soziales/integration/downloads/Leitbild/AK6/2gesundheit.pdf> (22.7.2009)
- Internationale Organisation für Migration (IOM) 2006: Interkulturalität im österreichischen Gesundheitswesen – Wissenschaftliche und Praktische Ansätze. In: [http://www.emn.at/modules/typetool/pnincludes/uploads/Tagungsunterlagen\\_%20final%20gesamt.pdf](http://www.emn.at/modules/typetool/pnincludes/uploads/Tagungsunterlagen_%20final%20gesamt.pdf) (22.7.2009)
- Kaschuba, Wolfgang (Hg.) 1995: Kulturen – Identitäten – Diskurse. Perspektiven Europäischer Ethnologie. Berlin
- Kleinman, Arthur 1980: Patients and Healers in the Context of Culture. London
- Kohnen, Norbert 2003: Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens. Ratingen
- Kollak, Ingrid (Hg.) 1999: Pflege-theoretische Grundbegriffe. Bern
- Kutalek, Ruth 2009: Medical anthropology in medical education – a challenge. In: Kutalek, Ruth; Prinz, Armin (Hg.) 2009: Essays in Medical Anthropology. The Austrian Ethnomedical Society after Thirty Years. Wien/Berlin
- Landy, David 1977: Culture, Disease and Healing. New York
- Lee, Everett S. 1972: Eine Theorie der Wanderung. In : Széll, György (Hg.): Regionale Mobilität. München: S.117-129
- Leyer, Emanuela M. 1991: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Opladen
- Lieban, Richard W. 1973: Medical Anthropology. In: Honigman, John J. (Hg.): Handbook of Social and Cultural Anthropology. Chicago: S.1031-1072.
- Loncarevic, Maja 2001: Migration und Gesundheit. In Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Bern: S.65-86
- Löschke, Kathleen; Plasser, Franz 2006: „Andere Länder - andere Sitten“ – Weniger Stress durch transkulturelle Kompetenz. Eine Fortbildung für Angehörige von Gesundheitsberufen. In: [http://www.psygyn.at/news/22tag/interkulturelle\\_psychologie.pdf](http://www.psygyn.at/news/22tag/interkulturelle_psychologie.pdf) (22.7.2009)
- Lux, Thomas 2003: Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss. In Lux, Thomas (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Berlin: S.145-177

- Lux, Thomas 2003: Kulturelle Dimensionen der Medizin. Berlin
- Lux, Thomas 2003: Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology. In Lux, Thomas (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Berlin: S.10-31
- Mader, Elke 2005: Kultur- und Sozialanthropologie Südamerikas. In: <http://www.lateinamerika-studien.at/content/kultur/ethnologie/ethnologie-315.html> (26.2.2009)
- Mayring, Phillip 2002: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel
- Medizinische Universität Wien MUW 2009: Das Medizincurriculum Wien – Neue Ausbildung nach modernsten Standards. In: <http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=400> (22.7.2009)
- Medizinische Universität Wien MUW 2007: Änderung des Curriculums für das Diplomstudium Humanmedizin. Mitteilungsblatt 41, Studienjahr 2006/07 – Ausgegeben am 29.6.2007.
- Motte, Jan (Hg.) 1999: 50 Jahre Bundesrepublik - 50 Jahre Einwanderung: Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte. Frankfurt/Main
- Nottrott, Kathrin 1999: Bedeutungsnetzwerke in einer pluralistischen Gesellschaft. In Lux, Thomas (Hg.): Krankheit als semantisches Netzwerk. Berlin: S.46-72
- Pfleiderer, Beatrix (Hg.) 1985: Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin
- Pfleiderer, Beatrix 1993: Medizinanthropologie. Herkunft, Aufgaben und Ziele. In Schweizer, Thomas (Hg.): Handbuch der Ethnologie. Berlin: S. 345-374
- Pöschl, Rupert 1987: Basis-Heilung durch den traditionellen Heilkundigen?. In: Bös, Berthold; Wörthmüller, Angelika (Hg.): Krank heilen. Saarbrücken: S. 129-151
- Prinz, Armin 1984: Die Ethnomedizin. Definition und Abgrenzung eines interdisziplinären Konzeptes. In: Mitteilungen der Anthropologischen Gesellschaft in Wien. Band 114: S.37-50
- Radtke, Frank-Olaf 1992: Lob der Gleichgültigkeit. Zur Konstruktion der des Fremden im Diskurs des Multikulturalismus. In: Bielefeld, Ulrich (Hg.): Das Eigene und das Fremde. Neuer Rassismus in der alten Welt?. Hamburg: S.79-96

- Rathje, Stefanie 2006: Interkulturelle Kompetenz – Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts. In: [http://www2.uni-jena.de/philosophie/iwk/publikationen/interkulturelle\\_kompetenz\\_rathje.pdf](http://www2.uni-jena.de/philosophie/iwk/publikationen/interkulturelle_kompetenz_rathje.pdf) (10.12.2007)
- Richmond, Anthony H. 1988: Sociological Theories of international migration: the Case of Refugees. In: *Current Sociology*, 36, No. 2, S.7-25
- Richmond, Anthony H. 1992: Reactive Migration: Sociological Perspectives On Refugee Movements. In: *Journal of Refugee Studies*.1993; 6: S.7-24
- Rivers, Wiliam Halse R. 1924: *Medicine, Magic and Religion*.London
- Ronzani, Silvio 1980: *Arbeitskräftewanderung und gesellschaftliche Entwicklung. Erfahrungen in Italien, in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland*. Königstein/Ts.
- Rubel, Arthur J. 1977: The Epidemiology of a Folk Illness. Susto in Hispanic America. In: Landy, David (Hg.): *Culture, Disease, Healing. Studies in Medical Anthropology*. New York: S.119-128
- Salis Gross, Corina; Moser, Catherine; Zuppinger, Brigit; Hatz, Christoph 1997: Die Arzt-Patienten Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis. In: *Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS)*. 1997; 86: S.887-894
- Salman, Ramazan 2001: zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Domenig, Dagmar (Hg.): *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: S. 87-98
- Schiller, Nina Glick (Hg) 1992: *Towards a Transnational Perspective on Migration: Race, Class, Ethnicity, and Nationalism Reconsidered*. New York
- Schipperges, Heinrich (Hg.) 1978: *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. Freiburg
- Schmidt-Lauber, Brigitta (Hg.) 2007: *Ethnizität und Migration*. Berlin
- Schmidt-Lauber, Brigitta 2007: Ethnizität und Migration als ethnologische Forschungs- und Praxisfelder. Eine Einführung. In: Schmidt-Lauber, Brigitta (Hg.): *Ethnizität und Migration*. Berlin: S.7-31
- Schweizer, Thomas (Hg.)1993: *Handbuch der Ethnologie*. Berlin
- Simmel, Georg 1908: *Soziologie – Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Berlin

- Sökefeld, Martin 2007: Problematische Begriffe: „Ethnizität“, „Rasse“, „Kultur“, „Minderheit“. In: Schmidt-Lauber (Hg.): Ethnizität und Migration. Berlin: S.31-51
- Stieber, Gabriele 1995: Volksdeutsche und Displaced Persons. In: Heiss, Gernot (Hg.): Asylland wider Willen. Flüchtlinge in Österreich im europäischen Kontext seit 1914. Wien: S.140–156
- Széll, György (Hg.) 1972: Regionale Mobilität. München
- Thomas, Alexander 2002: Interkulturelle Kompetenz – Grundlagen, Probleme und Konzepte. In Benseler Frank, Blanck Bettina, Keil Reinhard, Loh Wernhar (Hg.): Erwägen, Wissen, Ethik. Bd. 14(1): S.137-221
- Treibler, Annette 1999: Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. München
- Tylor, Edward B., 1913: Primitive Culture. London
- UNHCR 2005: Cartagena - 20 Jahre danach. In: <http://www.unhcr.de/publikationen/zeitschrift-fluechtlinge/einzelansicht/browse/1/article/185/cartagena-20-jahre-danach-fluechtlinge-42004.html> (1.2. 2008)
- UNHCR 2006: Die Genfer Flüchtlingskonvention: Fragen und Antworten. In: <http://www.unhcr.de/grundlagen/genfer-fluechtlingskonvention.html> (1.2.2008)
- Unschuld, Paul 1978: Die konzeptuelle Überformung der individuellen und kollektiven Erfahrung von Kranksein. In: Schipperges, Heinrich (Hg.): Krankheit, Heilkunst, Heilung. Freiburg: S.491-515
- Uzarewicz, Charlotte 1999: Transkulturalität. In: Kollak, Ingrid (Hg.): Pflege-theoretische Grundbegriffe. Bern: S.113-128
- Vanja, Christina 1993: Krankheit. Neuzeit. In: Dinzelbacher, Peter (Hg.): Europäische Mentalitätsgeschichte. Stuttgart: S.200-207
- Verwey, Martine 2003: Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit. In: Lux, Thomas: Kulturelle Dimensionen der Medizin. Berlin: S. 277-307
- Weber, Max 1985: Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen
- Welsch, Wolfgang 1998: Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Drechsel, Paul (Mitverf.): Interkulturalität. Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainz: S. 45-72

- Wernhard, Karl R.; Zips, Werner (Hg.) 2001: Ethnohistorie. Wien
- Wicker, Hans-Rudolf (Hg.) 1996: Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Zürich
- Wicker, Hans-Rudolf 1996: Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In: Wicker, Hans-Rudolf (Hg.): Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Zürich: S. 373-392
- Wolff, Eberhard 2003: Wandel einer Nachbardisziplin. Volkskundliche Gesundheitsforschung jenseits der „Volksmedizin“. In: Lux, Thomas (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Berlin: S.31-57
- Wrench, John (Hg.) 1993: Racism and migration in Western Europe. Oxford
- Young, Allan 1982: The Anthropologies of Illness and Sickness. In: Annual Review of Anthropology 11: S.257-285
- Zborowski, Mark 1952: Cultural Components in responses to pain. Journal of Social Issues 8: S. 16-30
- Zborowski, Mark 1969: People in pain. San Francisco
- Zielke-Nadkarni, Andreas 2001: Gesundheits - und Krankheitskonzepte. In Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Bern: S.123-136
- Zimmermann, Emil 2000: Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Bern
- Zola, Irving K. 1966: Culture and Symptoms - An Analysis of Patient's Presenting Complaints. In: American Sociological Review 31, Nr.5: S.615-63

# Abstract

Durch die Globalisierung kommt es zunehmend zu einer Pluralisierung und ethnischen Vielfalt in der Gesellschaft. Auch Mediziner werden immer mehr mit Patienten mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen konfrontiert. Die Behandlung von Migranten wird jedoch häufig als schwierig erlebt und endet oft einerseits mit Frustration, andererseits mit einer schlechten Betreuung der Patienten in physischer und psychischer Hinsicht. Ziel dieser Arbeit ist es durch vergleichende Literaturarbeit aufzuzeigen, zu welchen Problemen es in der Arzt-Patienten-Interaktion mit Migranten kommen kann und welche Lösungsansätze in der Literatur behandelt werden.

Als Grundlage dienen Konzepte der Medizinanthropologie. Mit Hilfe dieser wird gezeigt, inwiefern sich Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und Körper in verschiedenen Kulturen unterscheiden und sich diese in der Interaktion von Arzt und Patient äußern. Wissen über kulturspezifische Vorstellungen und Verhalten im Kontext von Gesundheit und Krankheit kann eine Hilfe sein, ist jedoch nicht das Patentrezept gegen Missverständnisse in der Interaktion. Kulturspezifisches Verhalten variiert nicht nur zwischen Kulturen, sondern auch innerhalb einer Kultur und letztendlich auch zwischen Individuen. Wird zu viel Wert auf die kulturellen Besonderheiten des Patienten gelegt, kommt es leicht zu einer Stereotypisierung, was wiederum zu neuen Missverständnissen führen kann. Bei der Behandlung von Migranten sind auch zahlreiche andere Faktoren von Bedeutung, wie der soziale Status, die Migrationsgeschichte, biographische Gesundheits- und Krankheitsaspekte, sowie strukturelle Komponenten der Gesundheitsversorgung.

Um der komplexen Situation der Arzt-Patienten-Situation Herr zu werden, wird der Ruf nach einer Interkulturellen Kompetenz immer lauter. Dabei steht nicht der „kulturell Fremde“ im Mittelpunkt, sondern es werden auch eigene Vorstellungen, Gefühle und das eigene Handeln mit in Betracht gezogen. Jedoch unterscheiden sich in der Literatur sowohl die Definitionen von interkultureller Kompetenz, als auch eine Herangehensweise an diese. Daher wird in dieser Arbeit aufgezeigt, welche verschiedenen Konzepte in der deutschsprachigen Literatur diskutiert werden, und anhand praktischer Umsetzungen in der Medizin die Unterschiede dieser erläutert.

# Lebenslauf

## Persönliche Daten

Name: Andreas Bliem  
Geburtsdatum: 27.5.1980  
Anschrift: Raffaelgasse 23/10  
1200 Wien  
Familienstand: Partnerschaft lebend / zwei Kinder  
Telefon: 0680/ 1276227  
E-Mail: andreasbliem@hotmail.com

## Ausbildungsdaten:

1986-1990: Grundschule Bad Ischl  
1990-1998: Bundesrealgymnasium Bad Ischl  
1998-1999: Ausbildung zum Rettungstaucher  
2000-2001: Psychologie an der Universität Wien  
2001-2004: Völkerkunde und Philosophie an der Universität Wien  
Seit 2004: Diplomstudium Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien

## Berufliche Laufbahn:

1998-1999: Landarbeit auf verschiedenen Farmen in Australien  
1999-2000: Zivildienst beim Roten Kreuz Wien  
2001: Nebentätigkeit im Gastronomiebetrieb in St. Wolfgang  
2005-2006: Praktikum bei Entwicklungshilfeorganisation Parque Tropical in Ecuador  
2006: Buddykurs im Integrationshaus Wien  
2007-2009: Kinderbetreuung

## Sprachkenntnisse:

Gute Englischkenntnisse und Grundkenntnisse in Spanisch