

Medizinethnologische Konzepte

Unterlagen zur Unterrichtsgestaltung



Impressum

Herausgeber

© Abteilung Gesundheit SRK

Kontaktadresse

Abteilung Gesundheit
Werkstrasse 18
3084 Wabern
058 400 45 75
gi-gesundheit@redcross.ch

Datum der Publikation

2014
2. überarbeitete Fassung, aktualisiert 2018

Inhalt

Die Unterlagen zur Medizinethnologie	4
Inhaltlicher Überblick	5
1. Medizinethnologische Konzepte	6
1.1. Körperkonzepte	6
1.1.1. Vorstellungen über die Ideale Form des Körpers	7
1.1.2. Vorstellungen über innere Struktur des Körpers und Körperfunktionen	7
1.2. Krankheitskonzepte	7
1.2.1. Herausforderungen und Ressourcen in der professionellen Interaktion	10
2. Anamnese im Migrationskontext	11
2.1. Anamnesefragen nach Kleinman	11
2.2. Transkulturelle Anamnese	11
3. Konzepte zu den Medizinsystemen	15
3.1. Drei-Sektoren-Modell	15
3.2. Das Hilfesuche-Verhalten	15
3.3. Medizinpluralismus	16
4. Harmonie und Gleichgewichtskonzepte	18
4.1. Seelenvorstellungen	18
4.1.1. Somatisierung	19
5. Unterrichtsgestaltung	21
5.1. Ziele für den Unterricht	22
5.2. Exemplarische Unterrichtsgestaltung	23
5.3. Arbeitsblätter für den Unterricht	25
6. Literatur	32

Die Unterlagen zur Medizinethnologie

Diese Unterlagen richten sich an Lehrpersonen der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen und soll die Unterrichtsgestaltung erleichtern.

Die Lehrpersonen finden darin

- theoretische Hintergründe
- Ziele für den Unterricht
- Arbeitsblätter
- einen exemplarischen Unterrichtsablauf
- thematisch gegliederte Hinweise auf weiterführende Literatur oder Webseiten und, wo vorhanden, auch auf audiovisuelle Medien

Inhaltlicher Überblick

Die Unterlagen widmen sich den Konzepten der Medizinethnologie. Die Medizinethnologie setzt sich mit der Wahrnehmung, Klassifizierung und der Ursachenerklärung von Krankheiten sowie der Nutzung von verschiedenen Medizinsystemen auseinander. Die Kenntnisse medizinethnologischer Ansätze bieten Gesundheitsfachpersonen neben Hintergrundwissen zu unterschiedlichen Krankheitskonzepten auch die Möglichkeit, das eigene Wissenssystem und eigene Wahrnehmungsmechanismen zu reflektieren. Kenntnisse der medizinethnologischen Konzepte können dazu beitragen, dass Fachpersonen die Bedürfnisse und Probleme der Patientinnen und Patienten richtig erkennen, um deren Äusserungen und Verhalten richtig zu verstehen und adäquat darauf reagieren zu können.

Der theoretische Teil der Toolbox widmet sich den wichtigsten medizinethnologischen Konzepten, so beispielsweise dem illness-disease-Konzept, den Erklärungsmodellen für Krankheit sowie Körperkonzepten und Seelenvorstellungen. Eine kleine Vorstellung der Gleichgewichtskonzepte sowie eine Reflexion zur Somatisierung von Krankheit bei Migrantinnen und Migranten beenden den theoretischen Teil.

In einem zweiten Teil wird auf die Unterrichtsgestaltung eingegangen. Es werden zuerst exemplarische Pläne dargestellt und danach schlagen wir in Arbeitsblättern praktische Übungen zur Vertiefung und Anwendung des Hintergrundwissens vor.

1. Medizinethnologische Konzepte

Krankheit und Gesundheit sind in jeder Gesellschaft in einen sozialen Kontext und in ein System von kulturellen (Wert-)Vorstellungen und Normen eingebettet. Auch das medizinische System ist Teil des jeweiligen kulturellen und sozialen Systems. Das medizinische System wird in jeder Gesellschaft mitbestimmt durch bestehende Traditionen, Glaubensvorstellungen, kulturelle Praktiken, Techniken und Methoden der Heilung und Vorbeugung von Krankheiten.

Die Medizinethnologie als Teil der Ethnologie beschäftigt sich mit den verschiedenen kulturell beeinflussten Medizinsystemen, dem Umgang mit Gesundheit und Kranksein sowie dem Krankheitsverhalten. Seit den 1980er Jahren hat sich die Medizinethnologie, die ursprünglich in den USA entwickelt wurde, auch in Europa etabliert.

1.1. Körperkonzepte

Die Vorstellungen vom menschlichen Körper sind sehr unterschiedlich. Individuen verkörpern die Kultur, in der sie leben. So werden Konzepte und Bilder des Körpers über die Erziehung und das soziokulturelle Umfeld vermittelt und geprägt. Die Vorstellungen darüber, wann ein Körper schön, attraktiv oder gesund aussieht, können je nach Gesellschaft sehr unterschiedlich sein.

Die Vorstellungen über den Körper, beziehungsweise über das Körperbild können in drei Hauptgruppen eingeteilt werden (Helman 2007):

- Vorstellungen über ideale Form und Grösse des Körpers inklusive Bekleiden und Schmücken der Körperoberfläche
- Vorstellungen zur inneren Struktur und zum Bau des Körpers
- Vorstellungen zum Funktionieren des Körpers

In der Interaktion zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten kann die gegenseitige Kenntnis der jeweiligen Vorstellungen sehr hilfreich sein. Als Beispiel kann die Primärprävention von nicht-übertragbaren Krankheiten genannt werden. Die Vorstellung des attraktiven und gesunden Körpers kann sich dabei positiv oder auch negativ auf die präventiven Massnahmen auswirken, wie im folgenden Unterkapitel dargestellt ist.

1.1.1. Vorstellungen über die ideale Form des Körpers

Wie das Ideal des Körpers aussieht, wird von der Gesellschaft und den Medien zu einem grossen Teil mitbestimmt. Entsprechend des Körperideals der jeweiligen Gesellschaft werden Massnahmen getroffen, um diesem zu entsprechen: zum Beispiel mit der Pflege und Gestaltung der Äusserlichkeiten (Haare, Schminke, Kleidung), in der Menge und Art der Ernährung, in Theorien zum Bewegungsbedürfnis. So ist der Körper auch Abbild einer sozialen, gesellschaftlichen Normvorstellung.

1.1.2. Vorstellungen über innere Struktur des Körpers und Körperfunktionen

Die Vorstellungen über den Körperaufbau hängen eng mit anatomischem Wissen zusammen. Das anatomische Sezieren war der erste Schritt auf einem Erkenntnisweg, der sich durch technische und technologische Möglichkeiten und Verfahren immer weiter ausdifferenziert. Die individuellen Vorstellungen über die innere Struktur des Körpers beeinflussen die Art der Symptom-Präsentation sowie die Reaktion auf die ärztliche Behandlung. Die Vorstellungen über die innere Struktur des Körpers sind die Basis für die Vorstellungen über die Körperfunktionen.

1.2. Krankheitskonzepte

Voraussetzung für eine gute Gesundheitsversorgung ist, dass die Fachpersonen die Bedürfnisse und Probleme der Patientinnen und Patienten richtig erkennen. Hierfür ist wichtig, dass sie die Referenzsysteme, d.h. die Körper- und Krankheitskonzepte der einzelnen Personen erkennen, um deren Äusserungen und Verhalten richtig zu verstehen und darauf reagieren zu können. Bei Migrantinnen ist eine solche Einschätzung oft aufgrund der Sprachbarrieren schwierig und birgt die Gefahr der Kulturalisierung, das heisst, dass Fachpersonen abweichendes oder fremd erscheinendes Verhalten als kulturbedingt einstufen.

In der Medizinethnologie wurden Konzepte entwickelt, welche versuchen, die Bedeutung einer Erkrankung für den einzelnen Menschen zu erfassen. Zwei Modelle, das Erklärungsmodell zu Illness-Disease und das Ursachenkonzept, werden im Folgenden beschrieben.

Erklärungsmodell: Illness-Disease

Ein Erklärungsmodell umschreibt die Vorstellungen einer Person in Bezug auf eine Krankheit in einer bestimmten Krankheitssituation. In der Interaktion zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten können so unterschiedliche Erklärungsmodelle aufeinandertreffen.

Die Erklärungsmodelle der Kranken werden bestimmt durch die Frage «Warum bin ich krank?» sowie durch die Auseinandersetzung mit der Ursache und Auswirkungen der Erkrankung auf das eigene Leben (Illness).

Das Erklärungsmodell der Gesundheitsfachpersonen hingegen wird stark durch das Fachwissen und die damit verbundenen diagnostischen und therapeutischen Vorgehen geprägt (Disease).

Disease

Mit dem englischen «disease» wird die Erkrankung bezeichnet, die ein bestimmtes Symptombild hervorruft und von dem abweicht, was als normaler physischer und psychischer Zustand oder als gesund beurteilt wird. Die Disease wird durch spezifische diagnostische Verfahren verifiziert. Hier steht die Krankheit bzw. die Krankheitsgeschichte im Zentrum. Die Disease und die damit zusammenhängenden Krankheitssymptome lösen das Bedürfnis nach Erklärung (Krankengeschichte) und Bezeichnung (Diagnose) der Krankheit sowie deren Behandlung aus. Die Disease-Perspektive spiegelt den Blick von aussen, also denjenigen der Gesundheitsfachpersonen, auf die Erkrankung.

Illness

Damit eine Erkrankung oder ein Kranksein im Einzelfall zu bewältigen ist, muss sie vom Betroffenen in einen Sinn- und Handlungszusammenhang zum eigenen Leben gestellt werden. Illness bezeichnet das subjektive Erleben und die Erfahrung einer Krankheit. Das Erleben des Krankseins wird dabei stark durch Sozialisation, Biografie, Persönlichkeit und die sozio-ökonomischen Lebenssituation, in der sich der oder die Erkrankte befindet, geprägt. So kann dieselbe Erkrankung überaus unterschiedlich wahrgenommen, interpretiert und bewältigt werden: Was für den einen Menschen durchaus zu bewältigen ist, kann für einen anderen eine existenzielle Bedrohung bedeuten, je nach zur Verfügung stehenden persönlichen, sozialen und ökonomischen Ressourcen.

Zu bemerken ist, dass Illness und Disease bei einer Erkrankung durchaus deckungsgleich sein können. Es ist aber ebenso möglich, dass die naturwissenschaftliche Diagnose und das individuelle Erleben nicht übereinstimmen. Eine Krankheit (Disease) kann existieren, ohne dass sich die betroffene Person krank fühlt. Dies ist z.B. bei der Tumorentwicklung, bei Bluthochdruck oder HIV im Frühstadium der Fall. Demgegenüber kann sich eine Person krank fühlen (Illness), ohne dass eine organische Erkrankung nachgewiesen werden kann. Dies ist häufig bei funktionellen Störungen oder chronischen Schmerzstörungen zu beobachten.¹

Die Illness zeigt sich oft auch in der Benennung eines Zustandes oder Unwohlseins. So zum Beispiel gibt es in der französischen Schweiz die Bezeichnung «avoir mal au foie» für ein bestimmtes Krankheitserleben. Wörtlich übersetzt bedeutet dies eine schmerzende Leber. Damit sind aber nicht tatsächliche Schmerzen gemeint, sondern im übertragenen Sinn ein seelisches Unwohlsein. Im eigenen soziokulturellen Kontext wird dies so verstanden, währendem die Bedeutung dieser Bezeichnung in einem anderen soziokulturellen Kontext eine völlig andere ist. Dieses Beispiel zeigt die Herausforderung an die Fachpersonen, wenn es darum geht, ihre Patientinnen und Patienten und ihr Referenzsystem richtig zu verstehen.

1 Radley 1994

Ursachenkonzepte

Eng mit der Illness zusammen hängt die Frage nach den Ursachen einer Erkrankung. Zentral ist dabei: *Warum* bin ich krank? Die Ursachen für eine Erkrankung werden von den Betroffenen unterschiedlich verortet und auch durch individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht, Herkunft, Biografie, Bildung, soziales Umfeld, Religion etc. beeinflusst. Die Erwartungen der Betroffenen an eine Behandlung richten sich dementsprechend danach, welche Ursache der Erkrankung zugeschrieben wird.²

Individuelle Ebene

Hier schreibt sich die oder der Kranke die Verantwortung für das Kranksein hauptsächlich selbst zu. Krankheit wird mit mangelnder Sorgfalt bezüglich Lebensführung, Ernährung, Kleidung, Hygiene oder Konsum von Suchtmitteln in Verbindung gebracht. Daraus folgt eine individuelle Schuldzuschreibung, wie beispielsweise: Ich bin krank, weil ich immer zu wenig geschlafen oder ich bin krank, weil ich zu viel Alkohol getrunken habe.

Natürliche Welt

Die Ursachen für eine Erkrankung werden der natürlichen Welt zugeschrieben. Das reicht von Infektionen durch Bakterien, Viren, Mikroorganismen, über klimatische Bedingungen bis hin zum Mondeinfluss. Diese Ursachen wie auch die Ursachenzuschreibungen auf der individuellen Ebene korrespondieren mit biomedizinischen Erklärungsmustern.

Soziale Welt

Bei Ursachenerklärungen, die in der sozialen Welt verortet sind, werden andere Personen für das Auftreten einer Krankheit verantwortlich gemacht. Auch in der westlichen Welt existiert diese Ursachenerklärung. So kennen wir Erkrankungen im Zusammenhang mit familiären Konflikten oder mit Konflikten am Arbeitsplatz, wie beispielsweise das Mobbing.

In unterschiedlichsten soziokulturellen Kontexten sind Hexerei, Zauberei und Magie fester Bestandteil der alltäglichen Lebenspraxis. Entsprechend werden magische Kräfte anderer Personen als Erklärung für das Kranksein herangezogen. Ein Beispiel dafür ist der böse Blick, eine Ursachenerklärung, die weltweit verbreitet ist. Personen, denen ein böser Blick zugeschrieben wird, schaden in der Regel unabsichtlich. Sie sind sich ihrer schädigenden Kraft nicht bewusst und können sie folglich auch nicht kontrollieren. Der böse Blick kann angeboren sein. Er entfaltet seine Wirkung in Situationen, die von Neid oder Abneigung geprägt sind. Schutz gegen den bösen Blick bieten z.B. Amulette, die Koranverse enthalten, Anhänger in Form eines blauen Auges oder blaue Perlen. Wenn eine Person vom bösen Blick getroffen wurde, kann die Behandlung durch einen Geistlichen oder einem Heiler bzw. eine Heilerin notwendig sein.

Übernatürliche Welt

Die Ursachen für eine Erkrankung können auch der übernatürlichen Welt zugeschrieben werden. Zur übernatürlichen Welt zählen beispielsweise

² Helman (2007)

«Gott» in den monotheistischen Religionen (Christentum, Islam, Judentum) sowie Götter und Gottheiten in polytheistischen Religionen (Hinduismus und synkretistische³ Religionen wie Santería⁴ oder Voodoo). Im hiesigen Kontext kennen wir beispielsweise die Krankheit als Strafe Gottes.

Eine andere Erklärung, die der übernatürlichen Welt zugeschrieben werden kann, ist diejenige, dass die Krankheit, durch die Ahnen, also den verstorbenen Verwandten, verursacht wird. Eine solche Ursachenklärung kann beispielsweise sein: «Die Ahnen sind erzürnt, weil ich nicht gemäss den traditionellen Regeln der Gemeinschaft lebe. Sie haben meine Glieder «gefesselt» deswegen kann ich mich kaum noch bewegen.»

1.2.1. Herausforderungen und Ressourcen in der professionellen Interaktion

In der Regel stehen sich bei der Interaktion zwischen Gesundheitsfachperson und Patientinnen und Patienten zwei Sichtweisen gegenüber: Dabei ist die Sichtweise der Fachperson eher Disease-geprägt und geht von der evidenzbasierten Medizin oder Pflege aus, während für den Patienten oder die Patientin die Illness-Perspektive massgebend ist. Der Patient oder die Patientin erwartet je nach Erklärungsmodell für die Ursache einer Krankheit und den Auswirkungen auf das eigene Leben eine bestimmte Heilmethode. Für die betroffene Person umfasst Heilung dabei einen Prozess, der nicht auf die Behandlung der Krankheit reduziert werden kann. Vielmehr umfasst das Heilen einen kurativen Prozess auf der physischen, psychischen und soziokulturellen Ebene.

Das Aufeinandertreffen der professionellen Sichtweise und derjenigen der Laien kann zu Spannungen oder Konflikten führen, wenn die unterschiedlichen Vorstellungen nicht zusammenpassen oder nicht verstanden werden. In solchen Situationen der Unsicherheit wird im Migrationskontext oft der Fehler begangen, dass «Kultur» als allumfassende Erklärung für die Unterschiede beigezogen wird. Eine Kulturalisierung bringt Zuschreibungen wie das «Mamma-Mia-Syndrom» und «Morbus Bosporus» hervor, verhindert eine Differenzierung der Hintergründe, vielleicht auch der Diagnosestellung, und erschwert eine angemessene Behandlung.

Arthur Kleinman, ein amerikanischer Medizinethnologe, hat zur Erhebung der Illness und Ursachenerklärungen hilfreiche Anamnesefragen entwickelt. Die narrativen Fragestellungen geben den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ihr subjektives Erleben und ihre Vorstellungen mitzuteilen, siehe dazu Kapitel 2.1. sowie die Paararbeit dazu auf Seite 26.

3 Synkretismus ist die Vermischung religiöser Ideen oder Philosophien zu einem neuen System.

4 Afroamerikanische Hauptreligion in Kuba

2. Anamnese im Migrationskontext

2.1. Anamnesefragen nach Kleinman

Die Fragen von Kleinman haben zum Ziel, das subjektive Erleben einer Patientin oder eines Patienten zu erheben. Die Fragen haben narrativen Charakter. Sie ermöglichen eine vertiefte Anamnese der Vorstellungen, Befürchtungen und Auswirkungen einer Erkrankung aus Sicht der Betroffenen. Der Einbezug des Illness-Erklärungsmodells in die Behandlung zeigt den Patientinnen und Patienten, dass sich die Gesundheitsfachperson für ihre Situation interessiert und auch ernst nimmt.

Die Anamnesefragen⁵ von Kleinman im Einzelnen:

- Wie bezeichnen Sie Ihr Problem? Welchen Namen geben Sie Ihrer Krankheit?
- Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihres Problems?
- Warum begann das Problem zu dem Zeitpunkt, als es begann?
- Was macht Ihnen die Krankheit? Wie funktioniert sie?
- Wie schwerwiegend ist sie? Wird sie einen langen oder kurzen Verlauf haben?
- Was befürchten Sie am meisten bei Ihrer Krankheit?
- Was sind die Hauptprobleme, welche Ihnen die Krankheit beschert (hat)?
- Welche Art Behandlung sollten Sie erhalten? Welches sind die wichtigsten Resultate, welche Sie sich von der Behandlung erhoffen?

2.2. Transkulturelle Anamnese

Ein ebenfalls hilfreiches Instrument ist die transkulturelle Anamnese von Domenig, Stauffer und Georg (2007). Diese nimmt spezifische Themen aus dem Migrationskontext auf. In den meisten herkömmlichen Anamneseinstrumenten im Gesundheitsbereich fehlen die migrationsspezifischen Aspekte. Es kann deshalb sinnvoll sein, im Unterricht diese Lücken oder Mängel anzusprechen und mit den Teilnehmenden zu diskutieren, welche der Themen und Unterthemen für den jeweiligen Arbeitsort eine sinnvolle Ergänzung bieten würden.

⁵ Quelle: Zielke-Nadkarni, 2007: 194–195

Die transkulturelle Anamnese verfolgt das Ziel, die Patientin oder den Patienten in der individuellen Situation kontext- und situationsbezogen sowie vorurteilsfrei zu erfassen. Die 14 Themen des Fragenkatalogs beinhalten verschiedene Unterthemen. Ausformulierte Fragestellungen zu den einzelnen Unterthemen können im eLearning Transkulturelle Kompetenz des SRK⁶ heruntergeladen werden.

6 www.redcross.ch/de/soziale-integration/transkulturelle-kompetenz/e-learnings

Fragenkatalog transkulturelle Anamnese⁷

Lebensgeschichte

Geburtsort, Aufenthaltsort, Stadt/Land, Herkunft, Schichtzugehörigkeit, Lebensform im Heimatland, wichtige biografische Ereignisse?

Zugehörigkeit

Herkunft, Nationalität, Gruppenzugehörigkeit(en), Zweit-/Drittgeneration, binationale Ehe, binationale Ehe der Eltern?

Migrationsgeschichte

Migrationsgründe, Fluchtgeschichte, Kriegs- und Gewalterfahrungen, Migrationserwartungen, Integrationsgeschichte, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen, Rückkehrpläne, Situation im Herkunftsland, Veränderungen im Lebensstil durch die Migration?

Aufenthaltsstatus

Ausländerrechtlicher Status, unsicherer Aufenthaltsstatus, von Ausschaffung bedroht, Ausreisetermin festgelegt, papierloser Aufenthalt, eingebürgert?

Soziales Netz

Familiensystem, Bezug zur Familie, Unterstützung durch die Familie, Leistungen der Sozialhilfe bzw. Fürsorge, Besuchspraktiken, soziales Netz im Aufnahmeland, Mitgliedschaft in religiösen, politischen oder ethnospesifischen Vereinen, transnationales Netz, Kontakte zur Herkunftsfamilie, finanzielle Unterstützung der Familie im Herkunftsland, transnationale Kontaktformen?

Umgebung

Wohnort, Wohnbedingungen (Wohnungsgrösse, Lebensstandard), Wohnform (alleine, Familie, erweiterte Familie, Bekannte), Kontakt zu Nachbar/innen, Vernetzungen in der Nachbarschaft?

Arbeit, Beruf und Ausbildung

Im Herkunftsland, im Aufnahmeland, berufliche Perspektiven, berufliche Zufriedenheit, berufliche Anerkennung, berufliche Einschränkungen durch Krankheiten, Invalidenrente, Ausbildungswünsche, ökonomische Situation?

Religion

Religiöse Zugehörigkeit, praktizierend, religiöse Praktiken, Einflüsse der Religion auf bestimmte Lebensbereiche (Ernährung, Sterben und Tod, Genderrollen etc.), religiöse Heilrituale, religiöse Feiertage, Kontakt zu religiösen Führer/innen, Kultgegenstände, Wunsch nach Andachtsraum?

Kommunikation

Erstsprache, Kenntnisse der lokalen Sprache, Fremdsprachenkenntnisse, Lesen und Schreiben, Kommunikationsregeln und -weisen, nonverbale Kommunikationsformen, Höflichkeitsregeln, Bedeutung von körperlichen Berührungen, Nähe und Distanz, Ausdruck von Emotionen, Wunsch nach Übersetzerin/Übersetzer, Wunsch nach Informationsmaterial in der Muttersprache?

7 Quelle: Domenig D., Stauffer Y., Georg J.: Transkulturelle Anamnese in: Domenig D.: Transkulturelle Kompetenz, Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2007: 309

Pflege

Vorstellungen über Rolle und Aufgabe der Pflegenden, eigene Pflegepraktiken, Vorbehalte gegenüber bestimmten pflegerischen Verrichtungen, genderspezifische Vorbehalte, Erwartungen an die Pflege?

Gesundheit und Krankheit

Krankheits-Erklärungsmodell (Bezeichnung, Ursache, Symptome, Bedeutung, Therapie- und Heilungsaussichten), Verhältnis von Psyche und Körper, Stigmata in Bezug auf die Krankheit, Verhältnis zur Biomedizin, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, Kenntnisse des hiesigen Gesundheitswesens, religiöse Heilpraktiken, Entscheidungsfindung im Krankheitsprozess (Patientin/Patient, Familie, soziales Netz)?

Schmerz

Schmerzausdruck, Schmerzverhalten, Schmerzerfahrungen, Rolle der Familie in der Schmerzbewältigung, Schmerz als Kommunikationsmittel?

Ernährung

Ernährungsgewohnheiten, Hauptnahrungsmittel, Zubereitungsarten, Gewürze, Getränke, Essenszeiten, religiöser Einfluss, Fastenregeln?

Frauen

Frauenbild und Rollenkonzept im Herkunftsland, Rollenveränderung durch die Migration, frauenspezifische Konflikte, Gewalterfahrungen (Beschneidung, Vergewaltigung, Gewalt in der Ehe), Konzepte bezüglich Schwangerschaft, Geburt und Verhütung?

3. Konzepte zu den Medizinsystemen

Neben den Krankheitskonzepten befasst sich die Medizinethnologie auch mit den verschiedenen Medizinsystemen. Eine Folge der Migration ist, dass Menschen aus ganz unterschiedlichen Medizinsystemen aufeinander treffen. Es ist deshalb sinnvoll, sich als Fachperson bewusst zu sein, welche verschiedenen Faktoren auf das individuelle Verhalten im Krankheitsfall einwirken. Die drei im Folgenden beschriebenen Modelle helfen, die verschiedenen Beeinflussungen zu reflektieren.

3.1. Das Drei-Sektoren-Modell

Bis heute ist das Sektorenmodell von Arthur Kleinman (1980) geeignet, um ein medizinisches System zu erfassen. Ein medizinisches System wird aus drei Feldern gebildet: dem Laiensektor, dem volksmedizinischen sowie dem professionellen Sektor:

- Der **Laiensektor** umfasst dabei das Wissen, über das Laien (Individuen, Familien, Bekannte) verfügen und das für den Umgang mit Krankheits-episoden genutzt wird. Im hiesigen Kontext ist dies Wissen über Behandlungsmethoden wie Wickel, Tees, Bäder, sowie heute auch das Wissen über die Selbstmedikation. Der Laiensektor ist der für die Krankheitsbehandlung wichtigste Sektor, da 70 bis 90 Prozent der Krankheiten in diesem Rahmen behandelt werden.
- Dem **volksmedizinischen Sektor** gehören Spezialisten an, die nicht Teil des professionalisierten Medizinsystems sind. Dazu gehören zum Beispiel Heilerinnen und Schamanen, Ritualheiler und Handauflegerinnen.
- Zum **professionellen Sektor** gehören die institutionalisierten, offiziell anerkannten und professionellen Heilberufe. In westlichen Ländern ist dies vor allem die Biomedizin. In Indien gehören auch die Ayurveda-Medizin, in China die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) dazu.

3.2. Das Hilfesuche-Verhalten

Menschen suchen im Krankheitsfall und abhängig von der Schwere der Erkrankung nach Hilfe und nutzen die Angebote aus den oben erwähnten verschiedenen Sektoren entsprechend unterschiedlich. So kann die Suche nach Besserung bei der Selbstmedikation beginnen und danach, wenn keine Besserung eintritt, ein Arzt oder eine Ärztin konsultiert werden. Es ist aber auch möglich, dass im Krankheitsfall eine parallele Nutzung der drei Sektoren geschieht: So können Kranke neben einer professionellen Behandlung ebenso einen Heiler oder eine Heilerin aufsuchen und sich gleichzeitig mit

«Hausmitteln» selbst behandeln. Bei der Suche nach Hilfe steht oft auch die Frage im Vordergrund, was man sich aus sozioökonomischer Sicht leisten kann oder welche Angebote überhaupt zur Verfügung stehen.

In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass sich die Gesundheitsfachpersonen bewusst sind, dass Menschen mit Migrationshintergrund, vor allem wenn sie sich noch nicht lange im Aufnahmeland aufhalten, wenig informiert sind über das herrschende Gesundheitssystem. Das kann sich auf verschiedene Arten äussern: So kann es sein, dass die Migrantinnen und Migranten nicht wissen, welche Angebote überhaupt vorhanden sind und wie man sie nutzt, hier als Beispiel zu nennen ist das hiesige Hausarztssystem. Ebenso kann es sich mit dem Wissen über die Rollen in der Interaktion zwischen Patientinnen, Patienten und Gesundheitsfachpersonen verhalten: Menschen, die in einem eher patriarchalen Medizinsystem sozialisiert wurden, müssen erst lernen, eine aktive Rolle und Mitsprache in der Therapie wahrzunehmen. Eine weitere Herausforderung kann auch sein, dass falsche Vorstellungen bezüglich der Therapiemöglichkeiten einer Erkrankung bestehen. Die hiesige hochentwickelte Medizin erweckt den Anschein, dass jede Erkrankung heilbar ist. Es ist aus dieser Perspektive schwierig zu verstehen, dass der medizinischen Behandlung Grenzen gesetzt sind und nicht jede Erkrankung geheilt werden kann. In all diesen Fällen ist umfassende, dem Informationsstand des Patienten oder der Patientin angepasste Informationsvermittlung notwendig.

Auch hier leistet der Fragebogen von Kleinman (S.11), aber auch die transkulturelle Anamnese (S.12–14) gute Hilfen, denn damit können die Gesundheitsfachpersonen erkennen, wo allfällige Informationslücken oder andere Vorstellungen bestehen.

3.3. Medizinpluralismus

Neben dem Sektorenmodell und dem Hilfesuchverhalten beeinflusst auch der sogenannte Medizinpluralismus die Erwartungen der Kranken an eine Behandlung wie auch an die zu Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten. Beim Medizinpluralismus geht es um die gleichzeitige Existenz von verschiedenen medizinischen Traditionen und dem Vorkommen verschiedener medizinischer Praktiken innerhalb einer Gesellschaft, welche denselben therapeutischen Raum beanspruchen⁸. Dabei können einerseits unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und Heilung angesprochen werden. Andererseits können strukturelle Gegebenheiten, wie unterschiedliche Zusammenschlüsse der Anhänger und Ausübenden innerhalb einer Medizintradition gemeint sein. Ein Beispiel zur Veranschaulichung: In der Schweiz sind Teile der Komplementärmedizin von den Krankenkassen anerkannt und ebenso akzeptiert wie die Biomedizin. In der Schwangerschaft wird den Frauen in der Schweiz oft vorgeschlagen, sich mit Akupunktur aus der TCM zu behandeln lassen. Diese Behandlungen werden von

8 Janzen 2002: 234

denselben Hebammen ausgeführt, welche die Frauen in den Spitälern vor, während und nach der Geburt betreuen.

Kranke Menschen nutzen Behandlungsmöglichkeiten aus verschiedenen Medizinsystemen. Während in der westlichen Welt die Zuwendung zu traditionellen Medizinsystemen, wie im Beispiel beschrieben, wahrzunehmen ist, nutzen Menschen aus anderen Medizinsystemen auch Behandlungsmöglichkeiten aus der Biomedizin. Die Vielfalt der Erwartungen und Vorstellungen kranker Menschen an eine Behandlung und die ebenso grosse Vielfalt der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten sind also universell und müssen heutzutage in der Interaktion zwischen Fachperson und Patientin oder Patienten berücksichtigt werden. Wichtig für die Fachperson ist, dass sie über die Erwartungen der Kranken an eine Therapie sowie über erfolgte Behandlungen informiert ist.

Gesundheitsfachpersonen müssen sich bewusst sein, dass dem Aufsuchen des professionellen Sektors in vielen Fällen eigene oder andere Behandlungen vorausgehen. Es kann deshalb für die weitere therapeutische Interaktion sehr wertvoll sein, zu erfahren, was ihre Patientinnen und Patienten bereits zur Behandlung ihrer Beschwerden unternommen, welche Erfahrungen sie damit gemacht haben und welche Erwartungen sie jetzt an die Behandlung haben.

4. Harmonie und Gleichgewichtskonzepte

Das Wissen über Harmonie- und Gleichgewichtskonzepte ist wichtig, da sie die Vorstellung beeinflussen, wie Körper und Seele miteinander in Verbindung stehen. Mit dem Zusammenhang von Körper und Seele befassen sich alle medizinischen Traditionen. Die Tatsache, dass alle Traditionen davon ausgehen, dass eine Seele vorhanden ist, kann als universell bezeichnet werden.

Nach einer kurzen Reflektion zu den Seelenvorstellungen werden in diesem Kapitel die wichtigsten Etappen der Entwicklung der Biomedizin, die galenische Medizin, das Yin- und Yang-Konzept der chinesischen Medizin sowie die Lehre der Grundelemente der indischen Ayurveda-Medizin vorgestellt. Der Vergleich der Systeme und Traditionen zeigt, dass sich diese verschiedenen medizinischen Traditionen nicht isoliert entwickelt, sondern sich gegenseitig beeinflusst haben.

In allen medizinischen Systemen und Traditionen gibt es Ideen der Gleichgewichtskonzepte, welche Parallelen aufweisen, gleichzeitig aber in ihrer Ausprägung verschieden sind. Viel Aufmerksamkeit erfuhr das sogenannte Warm-Kalt-System, das in allen medizinischen Systemen mal mehr, mal weniger Platz einnimmt. Demnach werden körperliche Zustände entweder als kalt oder warm kategorisiert. Diese Kategorisierung hat dabei nichts mit der Körpertemperatur oder physiologischen Abläufen im engen Sinne zu tun. Auch im hiesigen Kontext kennt man das Warm-Kalt-System. Daraus leitet sich beispielsweise die Erkältung ab.

Je nach medizinischem System werden auch die Heil- und Nahrungsmittel den Kategorien kalt oder warm zugeordnet, und deren Anwendung kann dementsprechend zur Heilung und zur Wiederherstellung des Gleichgewichts im Körper beitragen. Sowohl im Ayurveda als auch der chinesischen Medizin gibt es eine Klassifikation von heißen und kalten Nahrungs- und Heilmitteln. So werden beispielsweise Ingwer, Paprika, Pfeffer und Zwiebeln zu den heißen; grüner Tee, grüner Salat und Äpfel zu den kalten Lebensmitteln gezählt. Die Zuordnungen können allerdings lokal stark variieren.

4.1. Seelenvorstellungen

Was «Seele» genau ist und wie sie mit dem Körper in Verbindung steht, ist je nach Zeitgeist und Tradition sehr unterschiedlich. Grundsätzlich können Vorstellungen der Körper-Seele-*Einheit* vom Körper-Seelen-*Dualismus* unterschieden werden.

Körper-Seelen-Dualismus

Das biomedizinische Konzept, das auf dem naturwissenschaftlichen Denken beruht, geht von der grundsätzlichen Vorstellung aus, dass Körper und Seele getrennt sind und die Seele vom Körper unabhängig ist. Dieser Dualismus hat weitgehende Folgen. Kranke Menschen erleben Körper und Seele als Einheit: Leidet der Körper, zeigen sich seelische Folgen. Andererseits sind bei seelischen Leiden auch körperliche Zeichen wahrnehmbar, beispielsweise Schmerzen oder Müdigkeit. Entsprechend sind die Erwartungen an die Therapie, die aber infolge der Trennung innerhalb der Medizin in eine somatische und psychiatrische Gesundheitsversorgung, meist von den Fachpersonen nicht beantwortet werden können.

Körper-Seelen-Einheit

Die Mehrzahl der medizinischen Traditionen, insbesondere volksmedizinische Ansätze sowie Laienkonzepte, gehen von einer Körper-Seelen-Einheit aus. Hier besteht die Vorstellung, dass Körper und Seele eine untrennbare Einheit bilden. Es wird davon ausgegangen, dass sich Alltagserfahrungen und psychosoziale Belastungen körperlich ausdrücken.

Aufgrund der Grenzen, die das Konzept des Körper-Seelen-Dualismus mit sich bringt (z.B. bei Schmerzkrankheiten), sieht sich die Biomedizin gezwungen, die Vorstellung der Körper-Geist-Einheit wieder einzubeziehen. Ein solcher Ansatz ist das biopsychosoziale Modell, welches die wechselwirkende Beeinflussung von Körper, Seele und sozialem Umfeld einbezieht.

4.1.1. Somatisierung

Migrantinnen und Migranten wird oft nachgesagt, dass sie dazu neigen, seelische Beschwerden körperlich zum Ausdruck zu bringen, also zu somatisieren. Betrachtet man diese Somatisierungstendenz genauer, zeigt sich ein komplexes Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren.

Einer der beeinflussenden Faktoren ist dabei die oben erwähnte Trennung von Körper und Seele. Die Folge davon ist, dass nach psychologischen Erklärungen gesucht wird, wenn eine Ursache einer Erkrankung nicht organmedizinisch erklärt werden kann.

Psychische Hintergründe sind aber für viele Migrantinnen und Migranten keine akzeptable Erklärung für ihr physisch empfundenes Leiden. Sie fühlen sich von den Fachpersonen nicht ernst genommen und der Legitimation für ihr physisches Leiden beraubt. Diese Situation wird zusätzlich durch die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen beeinflusst. Gerade im Migrationskontext wirkt sich dieser Umstand zusätzlich negativ auf das Leben und die weitere Gesundheit der Betroffenen aus und erschwert damit die Nutzung ihrer eigenen gesundheitlichen Ressourcen.

Petersen (1995) beschreibt in ihrem Artikel noch einen weiteren Grund für die so genannte Somatisierungsneigung der Migrationsbevölkerung: Die Autorin zeigt am Beispiel von drei Beschwerdebildern (Nabelfall, Lebervergrößerung, Beklemmungsgefühl), die in der Literatur über türkische Migran-

tinnen und Migranten häufig beschrieben werden auf, dass Betroffene oft über komplexe, ganzheitliche Krankheitsbilder verfügen, die im hiesigen Gesundheitswesen nicht verstanden werden. Einerseits können die Betroffenen die komplexen Vorstellungen ihrer Krankheit aufgrund sprachlicher Barrieren nicht darlegen. Andererseits wissen sie, dass die Ärzte hier ihre Beschwerdebilder nicht kennen, weshalb die Betroffenen diese auch nicht benennen.

5. Unterrichtsgestaltung

Im Folgenden finden sich Ziele für den Unterricht, exemplarische Pläne zur Unterrichtsgestaltung und Arbeitsblätter für die Umsetzung in den Unterricht. Das Ziel der Übungen und Reflektionen ist es, das Interesse der Teilnehmenden für die Konzepte und Modelle der Medizinethnologie zu wecken und ihnen aufzuzeigen, wie sie damit in der Praxis arbeiten können. Die Übungen fördern die Reflexion und lassen Erkenntnisse der Konzepte und Modelle an sich selbst und in der Gruppe erfahren und diskutieren. Gut verwendet werden können Fallbeispiele, in denen sich unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte gegenüber stehen.

Um den Nutzen medizinethnologischer Konzepte für die tägliche Praxis von Fachpersonen im Gesundheitswesen zu unterstreichen, ist es hilfreich, dass der Fragebogen der Illness-Episode nach Kleinman (1980) bearbeitet und als Arbeitsinstrument vorgestellt wird.

5.1. Ziele für den Unterricht

Die Teilnehmenden:

- erhalten eine Einführung in ausgewählte medizinethnologische Konzepte
- setzen sich mit dem Illness-Disease-Modell nach Kleinman auseinander
- reflektieren anhand eines Fallbeispiels die Beeinflussungen der Illness- und Disease- Perspektive auf die Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten und den Gesundheitsfachpersonen
- können das Phänomen der Somatisierung im Migrationskontext erklären und erkennen, wie Somatisierung entsteht
- erkennen Möglichkeiten zur Umsetzung der Erkenntnisse in das eigene Berufsfeld.

5.2. Exemplarische Unterrichtsgestaltung

Die folgende Unterrichtsplanung empfiehlt sich für Fachpersonen, die über **wenig berufliche Erfahrungen** verfügen.

Thema	Methodik	Zeitplan
Einführung in die Medizinethnologie	Referat <ul style="list-style-type: none">• Medizinethnologie• Konzept Kleinman Illness-Disease	20'
Illness-Disease	Partnerinterview nach Kleinmann mit Auswertung <ul style="list-style-type: none">• Illness-Episode (pro TN 10 Minuten)• Auswertung im Plenum	20' 10'
Illness-Disease	Gruppenarbeit Fallbeispiel Frau A. <ul style="list-style-type: none">• Illness- und Disease-Perspektive, Interaktionsprobleme und Lösungsvorschläge• Vorstellen der Gruppenergebnisse im Plenum	30' 30'
Abschluss	Zusammenfassung und Abschluss	20'

Die folgende Unterrichtsplanung empfiehlt sich für **erfahrene** Fachpersonen.

Thema	Methodik	Zeitplan
Einführung in die Medizinethnologie	Referat <ul style="list-style-type: none"> • Medizinethnologie • Konzept Kleinman Illness-Disease 	20'
Illness-Disease	Partnerinterview nach Kleinmann mit Auswertung <ul style="list-style-type: none"> • Illness-Episode (pro TN 10 Minuten) • Auswertung im Plenum 	20' 10'
Ursachenkonzepte	Referat Ursachenkonzepte <ul style="list-style-type: none"> • Ursachenkonzepte 	10'
Illness-Disease	Gruppenarbeit Fallbeispiel Frau A. <ul style="list-style-type: none"> • Illness- und Disease-Perspektive, Interaktionsprobleme und Lösungsvorschläge • Vorstellen der Gruppenergebnisse im Plenum 	30' 30'
Seelenvorstellungen	Referat Seelenvorstellungen <ul style="list-style-type: none"> • Einzelarbeit: Körperzeichnung • Rundgang der Zeichnungen • Seelenvorstellungen 	10' 10' 15'
Somatisierung	Somatisierung im Migrationskontext Gruppenarbeit Somatisierung-Psychologisierung (Text Petersen) <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellen im Plenum und Diskussion 	10' 60' 30'
Abschluss	Zusammenfassung und Abschluss	20'

5.3. Arbeitsblätter für den Unterricht

1. Partnerinterview nach Kleinman : S. 26

Erhebung der Illness-Perspektive
Paararbeit
Zeitaufwand: 15 bis 20 Minuten

2. Körperzeichnungen: S. 27

Körperbilder zeichnen, die dann verglichen werden.
Einzelarbeit
Zeitaufwand: 10 bis 20 Minuten

3. Fallbeispiel Frau A.: S. 28

Illness, Disease, Interaktion
Gruppenarbeit
Zeitaufwand: 45 bis 60 Minuten

4. Somatisierung versus Psychologisierung: S. 31

Auseinandersetzung mit dem Begriff Somatisierung und den
Auswirkungen auf Behandlungen und Therapien.
Gruppenarbeit
Zeitaufwand: 45 bis 60 Minuten

Partnerinterview nach Kleinman

Erklärungsmodell nach Kleinman

Aufgabe

- Setzen Sie sich zu zweit zusammen.
- Holen Sie aus Ihrer Erinnerung eine selbsterlebte Krankheitsepisode.
- Führen Sie nun ein Interview mit den untenstehenden Fragen durch.

Das Erklärungsmodell nach Arthur Kleinman (1980)

- Wie bezeichnen Sie Ihr Problem? Welchen Namen geben Sie Ihrer Krankheit?
- Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihres Problems?
- Warum begann das Problem zu dem Zeitpunkt, als es begann?
- Was macht Ihnen die Krankheit? Wie funktioniert sie?
- Wie schwerwiegend ist sie? Wird sie einen langen oder kurzen Verlauf haben?
- Was befürchten Sie am meisten bei Ihrer Krankheit?
- Was sind die Hauptprobleme, welche Ihnen die Krankheit beschert (hat)?
- Welche Art Behandlung sollten Sie erhalten? Welches sind die wichtigsten Resultate, welche Sie sich von der Behandlung erhoffen?

Quelle: Zielke-Nadkarni, 2007: 194–195

Körperzeichnungen

Aufgabe

1. Zeichnen Sie einen Menschen

 2. Wo ist für Sie der Sitz....
 - der Seele?
 - der Emotionen?
 - des Stresses?
 - der Freude?
 - der Wut?in Ihrem Körper?
- Tragen Sie dies auf Ihrer Körperzeichnung ein.

Fallbeispiel Frau A.

Illness, Disease, Interaktion

Die verschiedenen beeinflussenden Faktoren auf die Krankheitssituation von Frau A. sollen analysiert und diskutiert werden

Aufgabe

- Diskutieren Sie pro Gruppe die Ihnen zugeteilten Fragen.
- Schreiben Sie die wichtigen Stichworte Ihrer Diskussion auf Moderationskarten oder auf einen Flipchart.
- Bestimmen Sie jemanden aus der Gruppe, der die Aspekte im Anschluss im Plenum vorstellt.

Diskussionspunkte

1. Gruppe: Sichtweise von Frau A. auf ihr Leiden

- a. Diskutieren Sie das Fallbeispiel aus der Sicht von Frau A.
- b. Wie erlebt Frau A. ihr Kranksein? Welche Äusserungen macht sie, auf welche Erfahrungen blickt sie zurück?

2. Gruppe: Perspektive der Fachpersonen

- a. Diskutieren Sie das Fallbeispiel aus Sicht der Fachpersonen (Ärztinnen und Ärzte, Pflege etc.).
- b. Wie reagierten die behandelnden, betreuenden Personen im Fallbeispiel?

3. Gruppe: Interaktion

- a. Welche Interaktionsprobleme zwischen Frau A. und den betreuenden Fachpersonen bestehen aus Ihrer Sicht?
- b. Was sind die Ursachen dieser Probleme?
- c. Mit welchen konkreten Massnahmen könnten Sie die Interaktionsprobleme verringern oder lösen?

Fallbeispiel Frau A.

Frau A. ist eine 30-jährige türkische Frau, die zum Zeitpunkt der Untersuchung seit dreieinhalb Jahren in Deutschland lebt.

Frau A. kam mit der Einweisungsdiagnose «Eisenmangelanämie» ins Krankenhaus. Sie litt unter diffusen körperlichen Störungen und Nervosität. Die Autorin berichtet: «Draussen im Lichthof der Station sass eine türkische Frau schüchtern und betreten neben ihrem Mann, zwischen den Beinen ein kleines Kind. Als ich auf sie zuging und sie in türkischer Sprache begrüßte, erhellte sich ihr Gesicht mit einem gemischten Ausdruck von Freude und Erstaunen.»

Frau A. ist bäuerlicher Herkunft. Sie stammt aus einem anatolischen Bergdorf, dessen Bewohner, wie auch ihre Familie vom Anbau von Nussbäumen und der Nussernte lebten. Da das Land für die nachkommenden Generationen nicht mehr reichte, wanderten viele junge Leute aus, und die Dorfstruktur begann seit etwa 20 Jahren zu zerfallen. Als Frau A. 14 Jahre alt war, starb ihr Vater. Die Mutter war eine heilkundige Frau und Hebamme des Dorfes. Von ihr wurde Frau A. mit 18 Jahren, gegen ihren eigenen Willen verheiratet, denn sie liebte einen anderen Mann. Sie sagte dazu: «Mit ihm hätte ich ein besseres Leben gehabt, (...) nichts gegen meinen Mann, er ist gut; aber weisst Du, wenn die Seele mal liebt.» Ihre Abwehr gegen diese Heirat war so stark, dass sie krank wurde und mehrmals – von «cins» (d.h. Geistern) befallen – bewusstlos hinfiel. Ihre Mutter brachte sie damals zum «Hoca»⁹, der sie u. a. besprach.

Sie heiratete und zog in das Haus ihrer Schwiegermutter. Vier Monate später ging ihr Mann nach Istanbul, dann nach Deutschland. Da war sie bereits schwanger, lebte bei ihrer Schwiegermutter und hatte hart zu arbeiten. Die Schwiegermutter war schwer zufriedenzustellen. Der Mann kam im Abstand von einem bis drei Jahren nach Hause. Sie bekam zwei Kinder; ihre Mutter stand ihr bei den Geburten bei. Einen Tag nach der Geburt musste sie gleich wieder an die Arbeit.

Die ständige Abwesenheit ihres Mannes, den sie – obwohl sie ihn kaum kannte – doch akzeptierte wie die Behandlung, die sie von ihrer Schwiegermutter erfuhr, waren über Jahre hinweg schwere Belastungen für Frau A., zu denen sie sagt: «Jahrelang habe ich alles in mich hineingeworfen, was passiert dann damit? Gut war im Dorf, dass ich soviel draussen war.» Von Kopfschmerzen abgesehen war sie aber nie krank gewesen.

Ihr Mann brachte sie schliesslich, der Konflikte wegen, mit den Kindern nach Deutschland, in eine Eigentumswohnung in einem Dorf, in dem noch andere türkische Familien lebten. Sie hatte nur wenig Kontakte zur Aussenwelt, keine Beziehungen zu Deutschen, kümmerte sich um Kinder und Haushalt und traute sich kaum allein aus dem Haus. Sie lernte so kaum Deutsch und musste trotz ihrer kommunikationsfreudigen, neugierigen Natur völlig abgeschieden, abhängig von ihrem Mann, leben. Dieser arbeitete meistens Nachtschicht und führte sein eigenes Dasein, kannte die Spielregeln der deutschen Gesellschaft, war zwar liebevoll zu ihr, aber doch bevormundend und nahm sie offenbar nicht für voll. Der Sohn kam in eine Sonderschule. Sie wurde ihrer Rolle als Frau und Mutter zunehmend beraubt und erlebte eine Entmündigung in einem sozialen Gefüge, in dem sie sich weder in ihrer Rolle noch in ihrem Wert definieren konnte. Sie bekam noch ein Kind, diesmal im Krankenhaus, und berichtete dazu: «Sie haben mich dahingelegt und geschnitten. Ich habe geschrien, vergeblich, ich konnte mich nicht verständlich machen. Ich habe versucht, mich zu wehren, war aber völlig hilflos.»

9 Hoca: islamischer Gesundheitsbetreuer

Jetzt hatte sie Angst vor dem Krankenhaus, war verunsichert, wusste nicht, wie sie sich verhalten sollte. Sie wusste nicht, wie sie sich ins Bett legen sollte – ob mit oder ohne Kopftuch, mit oder ohne Kleider. Sie wusste nicht, wann sie liegen sollte oder aufstehen durfte, ob und wie sie sich waschen konnte und was sie essen sollte. Sie bot den Ärzten ein diffuses und wechselndes Beschwerdebild, mit Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schwächegefühl, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Schwindel, Hautjucken, «Zu-dünn-sein» und Nervosität. Solche Beschwerden hat sie schon seit einem Jahr, so dass sie in ihrer Fähigkeit zur Hausarbeit beeinträchtigt war, oft im Bett lag und schon verschiedene Ärzte konsultiert hatte.

Sie hatte grosse Angst, dass ihr Körper nicht in Ordnung wäre und erwartete nun von den Ärzten, dass sie ihr den Grund ihrer Beschwerden erklären würden. Von ihren Sorgen redete sie nicht. Ihr Verhalten machte jedoch allen im Krankenhaus offensichtlich, dass sie litt, und wie hilflos sie diesem Leiden ausgeliefert war. Es wurde eine sehr aufwendige Diagnostik betrieben: Blutabnahmen, Sonografie des Leibes, Spiegelung des Magens, Aufzeichnung der Hirnströme (EEG) und frauenärztliche Untersuchung. Wegen eines Knotens in der Brust wurde eine Probeexzision gemacht, die keinen pathologischen Befund erbrachte. Aufgrund der erhöhten Leberwerte im Blut wurde die Leber punktiert. Bei diesem mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt wurde schliesslich herausgefunden, dass Frau A. eine chronische Leberentzündung hatte. Eine Diagnose, die wenig mit ihrem tatsächlichen Befinden und dessen Ursachen zu tun hatte. Sie erklärte ihr nichts und besserte nichts. Frau A. konnte mit der Diagnose nichts anfangen ausser, dass diese – weil nichts behandelt wurde – sie vielleicht noch weiter bedrohte. Sie ging also nach dem Krankenhausaufenthalt unbefriedigt heim und ihre Suche nach Heilung und die Arztwechsel gingen, so kann man annehmen, weiter.

Als die Autorin sie fragte: «Was meinst Du, was Du hast?», erhielt sie die Antwort: «Benim göbegim düsmüs (mein Nabel ist gefallen). Aber Ihr Ärzte versteht nichts davon.» Auf die Frage: «Woher kommt es denn, dass der Nabel fällt?», führte sie aus. «Bei mir ist es durch die Sorgen gekommen. Es kann verschiedene Beschwerden machen, Schmerzen im Bauch, Rückenschmerzen, Schmerzen an den Gelenken, vor allem Müdigkeit und Schwäche, manchmal macht es auch Kopfschmerzen.»

Quelle: Sich, Dorothea et al. (Hrsg.), 1993: Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA), Frankfurt a. M., Peter Lang Verlag.

Somatisierung versus Psychologisierung

Text: *Petersen, A. (1995): Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. In: Curare 18/2: 531–540.*

Aufgabe

- Lesen Sie den Text «Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir?»
- Diskutieren Sie die ihrer Gruppe zugeteilten Fragen.
- Schreiben Sie die wichtigen Stichworte Ihrer Diskussion auf Moderationskarten oder auf eine Flipchart.
- Diskutieren Sie in der Gruppe, welche Hauptaussagen weitere Fragen aufwerfen.
- Stellen Sie das Flip-Chart-Blatt im Anschluss an die Diskussion im Plenum vor.

Diskussion

1. Gruppe:

- a. Was bedeutet der Begriff Somatisierung?
- b. Wann ist er entstanden?
- c. Wie reagiert das schweizerische Gesundheitssystem darauf?
- d. Wie wirkt sich dies in den Behandlungen oder Therapien aus?

2. Gruppe:

- a. Welche Aussagen werden zum Thema Kommunikation zwischen Fachpersonen und
- b. PatientInnen gemacht?
- c. Wie wird Krankheit kommuniziert?
- d. Welche Unterschiede werden in der Kommunikation über Krankheit bei Migrantinnen oder hier sozialisierten Personen beschrieben?

6. Literatur und Links

Medizinethnologie und ihre Bereiche

- Good, Byron J. (1994): *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective.* Massachusetts, Harvard University.
- Greifeld Katarina (Hg) (2003): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie.* Dritte, grundlegend überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Dietrich Reimer Verlag.
- Hadolt, Bernhard (2005): *Zur Relevanz der Medical Anthropology: Beiträge und Herausforderungen für die Sozial- und Kulturanthropologie.* *Curare*, 27: 9–26.
- Hahn, Robert; Kleinman, Arthur (1983): *Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions.* In: *Annual Review of Anthropology*, 12: 305–333.
- Lux, Thomas (2003): *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology.* Berlin, Dietrich Reimer Verlag.
- Sich, Dorothea (1993): *Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA).* Frankfurt a. M., Peter Lang Verlag.
- Wieckhorst, Annika (2007): *Einführung in die Medizinethnologie.* www.medicalanthropology.de/lehre/grundseminar-einfuehrung-in-die-medizinethnologie/ (13.12.2017).
- Wolf, Angelika; Hörbst, Viola (2003): *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten.* In: *Reihe Medizinkulturen im Vergleich*, Bd. 19. Münster, LIT Verlag.
- Young, Allan: *The Anthropologies of Illness and Sickness.* In: *The Annual Review of Anthropology*, 11: 257–285.
- Weiss, Regula (2003): *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.* Zürich, Seismo Verlag.

Konzepte zu den Medizinsystemen

- Augé, Marc; Herzlich, Claudine (1995): *The Meaning of Illness.* Luxembourg, Harwood Academic Publishers.
- Helman, Cecil G. (2007, 5. Auflage): *Culture, Health and Illness. Fourth Edition.* Oxford, Hodder Arnold Publication.
- Janzen, John M. (2002): *The Social Fabric of Health – An Introduction to Medical Anthropology.* New York: The McGraw-Hill Companies Inc.
- Kleinman, Arthur (1980): *Patient and Healers in the Context of Culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry.* Berkeley, University of California Press

Krankheitskonzepte

- Douglas, Mary (1974): *Ritual, Tabu und Körpersymbolik: sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur.* Reihe *Condition humana.* Frankfurt am Main, Fischer.
- Kleinman, Arthur; Das, Veena; Lock, Margaret (1997): *Social Suffering.* Berkely, University of California Press.
- Mauss, Marcel (1975): *Die Techniken des Körpers.* In: Mauss, Marcel (Hrsg): *Soziologie und Anthropologie*, 2.Reihe. München, Carl Hanser Verlag: 199–217.
- Radley, Alan (1994): *Making sense of illness. The social psychology of health and disease.* London, Sage publications Ltd.

- Scheper-Hughes, Nancy; Lock, Margaret M. (1987): The Mindful Body: A prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. In: Medical Anthropology Quarterly, New Series, Volume I, March: 6–41.
- Zeyer, Albert (2000): Das Leib-Seele-Problem in der Medizin. In: Neue Zürcher Zeitung, 4.März, Nr. 54: 97.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (2007): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz, Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, Verlag Hans Huber.

Harmonie- und Gleichgewichtskonzepte

- Fischer-Homberger, Esther (1975): Geschichte der Medizin. Berlin, Springer Verlag.
- Postert, Christian (2003): Medizinische Systeme Ost- und Südasiens. In: Greifeld, Katarina (Hrsg.): Ritual und Heilung. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- Schmädel, Dieter (1987): Ayurveda-Medizinsystem im Wandel. In: Curare, 12: 97–112.

Somatisierung versus Psychologisierung

- Petersen, A. (1995): Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. In: Curare, 18/2: 531–540.

Anamnese

- Domenig D., Stauffer Y., Georg J. (2007): Transkulturelle Anamnese in: Domenig D.: Transkulturelle Kompetenz, Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe Bern, Verlag Hans Huber.

Schweizerisches Rotes Kreuz

Departement Gesundheit und Integration

Abteilung Gesundheit

Werkstrasse 18

CH-3084 Wabern