



Ich-Buch, Winter 2007



Ich-Buch, Ein schwarzer Tag



Ich-Buch, Die Zeit

# Warum Gesundheit und Kultur?

CHRISTINE TUSCHINSKY

Gesundheit und Krankheit, das Wissen über Behandlung, Pflege und Medizin sowie Heilende und Pflegende sind ohne Kultur nicht denkbar. Wohlbefinden, Leiden und der Umgang damit gehören zu einer sich in sozialen und kulturellen Gruppen organisierenden Menschheit. Über den Zusammenhang von Gesundheit, Krankheit und Kultur wurde über viele Jahrzehnte vor allem in Medizinethnologie und Ethnomedizin geforscht, doch relativ wenig davon ging in interdisziplinäre Diskurse oder in populäre Veröffentlichungen ein. Beachtung finden überwiegend unfremde Vorstellungen von Krankheit und deren Ätiologie sowie „exotische“ Behandlungspraktiken. Damit sind in der Regel Ansätze gemeint, die in der Schulmedizin unbekannt sind.

Kultur wurde zunächst bei der Medizin „der anderen“ als ein wichtiger Faktor erkannt, „unsere“ an den Naturwissenschaften orientierte Medizin hingegen galt lange als kulturunabhängig. Heute wissen wir, dass auch die Schulmedizin aus bestimmten historischen, sozialen und kulturellen Bedingungen hervorging. Sie ist kein einheitliches, geschlossenes Denkgebäude, sondern enthält unterschiedliche oder sogar widersprüchliche Elemente und verändert sich, wie alle kulturbedingten Systeme. Zudem sind Kultur, Krankheit und Gesundheit Begriffe im Wandel. Seit den Impulsen systemischer Theorien in den Natur-, Sozial- und Geisteswissen-

schaften sind Veränderung und Dynamik integrale Bestandteile auch der Definitionen dieser Begriffe.

Der Zusammenhang von Gesundheit, Krankheit und Kultur wird in mehreren wissenschaftlichen Disziplinen und Fachgebieten, aus unterschiedlichen Motivationen und Perspektiven und mit Blick auf verschiedene Anwendungsbereiche diskutiert. Der medizinethnologische ist nur einer von mehreren Ansätzen, die ich im Folgenden darstelle. Im Hintergrund steht immer wieder die Frage, welche Ziele mit welchem Ansatz erreicht werden sollen. Dabei bringe ich auch meine Erfahrungen als Beraterin und Trainerin in den Bereichen Diversity Management und interkulturelle Orientierung ein.

## Die Begriffe Kultur, Erkrankung und Gesundheit

Seit ca. den 1970er Jahren fand in den Kultur- und Sozialwissenschaften eine grundlegende Diskussion des Kulturbegriffs statt. Bis zu diesem Zeitpunkt ging man überwiegend davon aus, dass Kultur objektiv erfassbar und beschreibbar sei. Ein Beispiel:

*„Kultur oder Zivilisation (...) ist das komplexe Ganze, das Wissen, Glaube, Kunst, Ethik, Recht, Brauchtum und andere Errungenschaften und Gewohnheiten enthält, die der Mensch als Mitglied*

einer Gesellschaft erworben hat.“ (Tylor, E., *Primitive Culture*, 1871/1958:1)

Dieser heute oft als essentialistisch bezeichnete Kulturbegriff versucht, die materiellen und immateriellen Elemente von Kultur in ihrer Gesamtheit positiv zu erfassen. Diese statische Vorstellung von Kultur ist bis heute weit verbreitet und hat sich bis in die aktuellen populären Diskurse und gesellschaftspolitischen Debatten verfestigt. Sie wurde wissenschaftlich jedoch zunehmend dekonstruiert und durch offene, dynamische Definitionen ergänzt oder sogar ersetzt.

„...der Mensch (ist) ein Wesen, das in selbstgesponnene Bedeutungsgewebe verstrickt ist, wobei ich Kultur als dieses Gewebe ansehe. Ihre Untersuchung ist daher keine experimentelle Wissenschaft, die nach Gesetzen sucht, sondern eine interpretierende, die nach Bedeutungen sucht.“ (Geertz, C., *Dichte Beschreibung*, 1987:9)

Diese Definition des Anthropologen Clifford Geertz ist ein Beispiel für das sich ändernde Denken, mit dem frühere Vorstellungen von Kultur als ein abgrenzbares, positiv zu definierendes Ganzes obsolet wurden. Kultur ist konstruiert und entsteht immer in sozialen, politischen und ökonomischen Zusammenhängen und Machtkonstellationen. Gleichzeitig ist dieses Konstrukt eine machtvolle soziale Realität – eine Doppelbödigkeit, die oft schwer zu erkennen und auszuhalten ist. Kultur ist also keine natürlich vorkommende Realität an sich, sondern ein Denk- und Erklärungsmodell, mit dem wir versuchen, bestimmte Unterschiede zu kategorisieren.

Die gegenwärtig diskutierten und in interkulturellen Ansätzen verwendeten Kulturdefinitionen sind weiterentwickelte Varianten dieses dynamischen Kulturbegriffs, der Kultur als Ergebnis von Kommunikations- und Aushandlungsprozessen betrachtet, an denen wir alle beteiligt sind. Kultur wird als ein Regelsystem angesehen, das erlernt und zugleich gemeinsam erschaffen wird. Die Definition des Pädagogen Georg Auernheimer ist beispielhaft dafür:

„Die Kultur einer Gesellschaft oder gesellschaftlichen Gruppe besteht in ihrem Repertoire an Symbolbedeutungen, d.h. in ihrem Repertoire an Kommunikations- und Repräsentationsmitteln. (...) Man kann sie also kurz als Orientierungssystem kennzeichnen. Soll dieses Orientierungssystem seine Funktion behalten, so muß es mit der Veränderung der Lebensverhältnisse verändert werden.“ (Auernheimer, G., *Einführung in die interkulturelle Erziehung*, 1996:110f)

Kultur ist also ein abstrakter Begriff, mit dem Unterschiede zwischen Gruppen beschrieben und gleichzeitig konstruiert werden. Er ist der Wahrnehmung nicht unmittelbar zugänglich. Konkret



gelebt wird das Orientierungssystem Kultur in vielen Elementen oder Bereichen, die insgesamt unsere „Kultur“ ausmachen.

Sehr oft denken Menschen zunächst an das Element „Nation“, wenn es um kulturelle Unterschiede geht. „Wie verhalten sich die Türken?“ – „Wie denken die Russen?“. Dabei spielt diese Zugehörigkeit, außer in rechtlichen Zusammenhängen, in der Regel eine geringe Rolle. Den meisten Menschen sind andere Elemente von Kultur näher: die regionale und ethnische Zugehörigkeit, Sprache(n), Religion, Generation, Gender, Profession oder soziale Schicht. In der Realität werden sie in unterschiedlicher „Größe“ erlebt und verschränken sich. Erst wenn so viele Elemente wie möglich mit Inhalten gefüllt werden, entsteht das Bild der „Kultur“ eines Menschen oder einer Gruppe. Mit „Kulturunterschieden“ sind also die im Schaubild genannten Aspekte gemeint.

Sich seines eigenen Kulturbegriffs bewusst zu sein, hat praktische Konsequenzen für den Umgang mit kulturellen Unterschieden. Nehmen wir kulturelle Eigenheiten als erlernt und veränderbar oder als statisch an? Denken wir defizitorientiert und in Entweder-Oder-Mustern oder ressourcenorientiert und systemisch? Werden MigrantInnen „zwischen zwei Kulturen“ definiert, also als weder hier noch da oder als vertraut mit zwei Kulturen? Sprechen sie „kein Deutsch“ oder sprechen sie ein, zwei oder drei andere Sprachen? Und wer hat die Deutungshoheit über diese Auslegungen?

Theoretische Kenntnisse befähigen auch dazu, polarisierende Begriffe der politischen Integrationsdebatte besser einordnen zu können. Das Denken in abgegrenzten Kulturen, kulturwissenschaftlich unbegründbaren Konzepten wie „Leitkultur“ oder in biologistischen Zuschreibungen kann dadurch kritisiert werden.

In Medizinethnologie und Ethnomedizin wurde zunächst der statische Kulturbegriff implizit übernommen und damit fortlaufend tradiert. Die Medizin „der anderen“ und die entsprechenden Behandlungen, also die nicht-schulmedizinischen Aspekte und Anteile, standen im Mittelpunkt der Forschung. Dazu gehören:

- verschiedenartige Klassifikationen von Krankheiten<sup>1</sup>
- ethnomedizinische Therapien und vorbeugende Maßnahmen
- ethnomedizinische Spezialisten der Heilung, Pflege und Geburtshilfe
- Ätiologie und Diagnoseverfahren
- kulturelle und soziale Aspekte der Ethnomedizin
- die zu einer medizinischen Tradition gehörenden Medikamente.

Die Ergebnisse führten dazu, dass auch die Kulturbedingtheit der Schulmedizin zum Forschungsthema wurde. Sie beeinflussten z.B. die Definitionen von Krankheit und Gesundheit, erhellten die symbolische Bedeutung medizinischer Phänomene oder auch die Funktionalisierung medizinischer Aspekte für soziale Systeme (Krankheit als Sanktion oder Abweichung bzw. Abweichung als Krankheit).

Im selben Zeitraum entstanden systemische Ansätze in den Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften. Die psychosomatische Medizin wurde entwickelt und Antonovsky sah das aus den Elementen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit sich zusammensetzende Kohärenzgefühl als Basis für Gesundheit an. Wenn Menschen es vermögen, für sich und ihre Lebenswelt Sinnhaftigkeit und Bedeutung wahrzunehmen und damit auch zu erschaffen, haben sie ein größeres Potenzial gesund zu bleiben. Gesundheit wurde also ebenfalls als dynamischer und konstruierter Prozess begriffen.

Der für die Medizinethnologie zentrale, von dem amerikanischen Psychiater Arthur Kleinman Ende der 1970er Jahre entwickelte bedeutungszentrierte Krankheitsbegriff geht in eine verwandte Richtung. Dieser theoretische Rahmen, mit dem die Beziehung zwischen Medizin, Psychiatrie und Kultur untersucht werden konnte, schuf ein verbindendes Instrument für bis dahin getrennte Beobachtungen der Sozial- und Naturwissenschaften. Jede Erkrankung wird demnach als ein sinnvoll zusammenhängendes Ganzes von biologischer Realität und Erfahrung angesehen, als ein Zusammentreffen von persönlichen Erlebnissen, von Ängsten, Belastungen und Erwartungen bezüglich der Krankheit, von sozialen Reaktionen der Familie, Freunde, Nachbarn und Kollegen. Krankheit bildet sich nicht einfach in einer Entität ab, sondern ist ein kulturelles Konstrukt unter Einfluss unterschiedlicher Realitätsebenen.

Die Aufgabe des Verstehens und Interpretierens der Bedeutung einzelner Symptome wird somit zum zentralen Punkt in jedem Vorgang gesundheitlicher Versorgung. Nur wenn es zumindest ansatzweise einen gemeinsam angenommenen Bedeutungszusammenhang gibt, kann eine erfolgreiche Behandlung beginnen. Entsprechend muss sich jede Art von Maßnahme, die der Wieder-

herstellung der Gesundheit dient, in diesen Bedeutungszusammenhang einfügen.

## Medizinethnologische Aspekte von Gesundheit und Krankheit

Der Wunsch, fremde Verhaltensweisen besser verstehen zu können, steht oft am Anfang der Beschäftigung mit dem Zusammenhang von Kultur, Gesundheit und Krankheit. Da Kultur jedoch wie beschrieben häufig missverstanden und vor allem mit einer (angenommenen) nationalen Zugehörigkeit gleichgesetzt wird, lauten die Fragen beispielsweise: Welche Haltung haben Türken zu Vorsorgeuntersuchungen? Wie erleben Russen psychische Erkrankungen? Aus kulturwissenschaftlicher und medizinethnologischer Perspektive kann es darauf so gut wie keine allgemeinen Antworten geben, die für die großen heterogenen Menschengruppen türkischer bzw. russischer Abstammung gelten. Auch Gruppeneigenheiten oder Erfahrungswerte müssen immer zur individuellen und sozialen Realität in Beziehung gesetzt werden.

Durch Entwicklungen, äußere Einflüsse oder Migration verändern sich zudem kulturell bestimmte Bewertungen und Einstellungen. Daher sind Kenntnisse darüber zwar wichtig, bieten jedoch keinen Regelrahmen für ein praktisches interkulturelles Verständnis. Bei allen Menschen, auch bei denjenigen mit einem ähnlichen kulturellen Hintergrund, gibt es immer große individuelle Unterschiede.

## Einige ausgewählte medizinethnologische Erklärungsansätze betreffen folgende Aspekte.

### Erklärungsmodelle

Jede Erkrankung wird aus der akzeptierten, populären Medizinkultur, aus den zur Verfügung stehenden Theorien, aus Alltagswissen, aus religiösen, weltanschaulichen und individuellen Überzeugungen und einem Netzwerk kulturell gegebener Bedeutungen konstruiert. Die Erklärungsmodelle von Arzt und Patient können so verschieden sein, dass sie möglicherweise gegenseitig nicht verstanden bzw. falsch interpretiert werden, insbesondere wenn sie unterschiedlichen Kulturen mit unterschiedlichen medizinischen Traditionen angehören. Das kann auch bei gleicher ethnischer und sprachlicher Zugehörigkeit der Fall sein.

### Beispiel 1

„Siebzig Prozent aller Krebspatienten nehmen während ihrer Behandlung Naturheilmittel. Die meisten Patienten aber verschweigen das ihrem Arzt. Sie haben Angst vor dem mitleidigen Lächeln ihres Onkologen: Was wollen Sie denn mit Kräutern, fragt der nicht selten. Sie sind schwer krank! Am besten ist, Sie machen gar nichts. Wir kümmern uns schon um Sie!“ (Dobos, G./ Kümmel S., Keine Tabus mehr im Kampf gegen das Leid. FAZ 21.02.2011)

<sup>1</sup> Auch in der Medizinethnologie konzentrierte man sich auf Krankheit. Meines Wissens hat in Deutschland bis zu den 1990er Jahren lediglich die Medizinethnologin Beatrix Pfeleiderer den salutogenetischen Ansatz Antonovskys rezipiert und in die ethnologische Perspektive einbezogen.

Hier geht es um kulturelle Unterschiede, die nicht durch (nationale) Herkunft, Sprachen oder ethnische Zugehörigkeit bedingt sind, sondern durch unterschiedliche medizinischen Traditionen, professionskulturelle Eigenarten, Regeln und Kommunikationsstile sowie die daraus resultierenden Bewertungen. Zudem wird kulturelle Differenz immer in sozialen Kontexten und Machtstrukturen gelebt, gerade auch in medizinischen Systemen, und ist damit Deutungshoheiten unterworfen.

Das Erklärungsmuster des Patienten muss den Behandelnden bekannt sein und umgekehrt, gleichgültig zu welcher medizinischen Richtung sie gehören. Wenn es keine Übereinstimmung gibt, folgen Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit der Behandlung nicht. Ohne „Compliance“ kann jedoch kaum effektiv behandelt werden. Gelingt es dem Arzt nicht, den Patienten von seinem Erklärungsansatz zu überzeugen, führt das zu den bekannten Folgen der „Non-Compliance“: Behandlungen werden nicht vollständig durchgeführt oder sogar gar nicht erst begonnen; Medikamente werden nicht eingenommen, weil sie von Patienten als nicht sinnvoll angesehen werden, also ihren Erklärungsmustern entgegenstehen. Eventuell werden andere Behandlungswege gesucht, die als angemessener erscheinen.

### Klassifikation

In jedem Krankheitskonzept ist die Einordnung und Klassifikation von Erkrankung der erste Schritt des Behandlungs- bzw. Heilungsprozesses. Hier erhält die Krankheit ihren Sinnzusammenhang und ihre Bedeutung – ohne diese Bedeutungszuschreibung kann es in der Regel keine Behandlung und Heilung geben.

Die Biomedizin klassifiziert nach einheitlichen, weltweit gültigen klassifikatorischen Systemen (Taxonomien), in denen Kultur nicht berücksichtigt wird. Dafür gibt es international gültige Nachschlagewerke, wie z.B. das ICD (International Classification of Diseases) oder das DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) für psychische Erkrankungen. In diesen Lexika sind alle bekannten Diagnosen der Biomedizin gelistet und werden in jeder neuen Auflage aktualisiert.<sup>2</sup>

Diesem Muster von Klassifizierung stehen Beispiele aus anderen Kulturen gegenüber, die in völlig anderen Denkräumen ablaufen können. Was wir als Hauterkrankung oder Ekzem klassifizieren, kann etwa in der weltweit verbreiteten Heiß-Kalt-Klassifikation als Hitzeerkrankung erklärt werden. Nach dieser Theorie drängt im Übermaß vorhandene Hitze immer aus dem Körper heraus und

verursacht dadurch Hauterkrankungen, die durch Zuführen von Kälte geheilt werden können. In diesem Denken ist also eine Balance der im Körper wirkenden Kräfte und Qualitäten nötig.

Auch wenn in der Schulmedizin die Trennung von Materie und Geist nicht (mehr) strikt praktiziert wird, ist diese kulturspezifische Unterteilung nach wie vor geläufig. Sie kann in vielen Kulturen nicht verstanden werden, da der Mensch nicht in diesen separaten Einheiten wahrgenommen und Krankheit als ein den ganzen Körper erfassender Zustand erlebt und geschildert wird. Der Vorstellung, dass seelische und psychische Beschwerden „somatisiert“ werden, ist nur in einem medizinischen Konzept sinnvoll, das von einer Trennung von Körper und Geist ausgeht. Zudem beinhaltet diese Interpretation, dass der körperliche Ausdruck psychischer Belastungen „falsch“ sei, weil die Menschen nicht in „richtigen“ Kategorien dächten. Die interkulturelle Perspektive verdeutlicht die Kulturgebundenheit dieser Konstruktionen.

In vielen medizinischen Traditionen (z.B. der ayurvedischen, chinesischen oder homöopathischen Medizin) wird eine stärkere Einheit von Körper und Geist angenommen. Auch die zugrundeliegenden energetischen Konzepte sind in der Schulmedizin undenkbar und häufig sogar verpönt. Sie ist das einzige medizinische System, in dem die Vorstellung einer grundlegenden Lebenskraft bzw. Energie verlorenging.

### Krankheitsursache und Diagnose

In allen Gesellschaften beinhalten Krankheitserklärungen immer auch soziale oder ethische Vorstellungen und fungieren damit als eine Form sozialer Kontrolle in menschlichen Gemeinschaften. So sind in der ganzen Welt Vorstellungen verbreitet, dass Krankheit eine Strafe sein kann, was insbesondere bei Geschlechtskrankheiten, HIV-Infektion und Suchterkrankungen angenommen wird. Der Begriff Sünde ist vor allem im jüdisch-christlichen Glauben tief verwurzelt. Er bietet Raum für alle möglichen Interpretationen und ist funktionalisierbar. Damit wird eine soziale und moralische Ordnung angenommen, in der Gesundheit von Tugend abhängig ist. Die Gründe für die Bestrafung können jedoch entsprechend den sozialen und kulturellen Normen einer Gesellschaft erheblich variieren.

Krankheit gilt oft als dysfunktional für das soziale System und kann daher als Abweichung interpretiert werden. Oder auch umgekehrt: Die Abweichung von einer definierten Norm wird als Krankheit definiert, z.B. bei Homosexualität. Wenn Krankheit in erster Linie als Arbeitsunfähigkeit gesehen wird, sind Kranke zwar von ihren normalen Rollenverpflichtungen befreit oder ausgeschlossen, müssen jedoch den gesellschaftlich definierten Verpflichtungen der Krankenrolle entsprechen. Das heißt z.B., dass sie sich aktiv um ihre Gesundung bemühen und kompetente Hilfe aufsuchen müssen, um so schnell wie möglich wieder einsatzfähig zu werden.

<sup>2</sup> Die Schaffung neuer Krankheitsbilder begleitet und verdeutlicht bestimmte soziale, kulturelle und ökonomische Normen sowie gesellschaftliche Entwicklungen, wenn etwa die Diagnose „Prämenstruelles Syndrom“ (PMS) einen natürlichen Körperzustand zur Krankheit umdeutet. Debattiert wurde dieser Prozess auch für den Begriff „Menopause“. Ein anderes Beispiel ist die Entstehung der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (Post Traumatic Stress Disorder/ PTSD), die aus den ärztlichen Erfahrungen mit den Überlebenden des Holocaust und mit den Kriegsveteranen nach dem Vietnamkrieg entstand, von denen viele ihre Erlebnisse nicht verarbeiten konnten. Sind die Folgen unmenschlicher und unfassbarer Gewalttaten „normale“ Reaktionen oder Krankheiten, die der Klassifizierung bedürfen? Zudem wird die Diagnose, die aus der Arbeit mit Tätern entstand, nun auf Opfer angewendet, auf Menschen, die Folter und Gewaltherrschaft entkamen, und mit diesen Erfahrungen weiter leben müssen.

hig zu werden. In solchen Erklärungsrahmen – und nur in diesen – erhält „Simulieren“ seinen Sinn und erfüllt die Funktion, sich gesellschaftlichen Zwängen zu entziehen.

### Der kulturelle Kontext von Medikamenten

Auch der „harte Kern“ medizinischer Traditionen, die Gabe von Medikamenten, ist in ihren jeweiligen kulturellen Zusammenhängen entstanden. Der Begriff Medikament ist zunächst mit der Schulmedizin assoziiert, die naturwissenschaftliche Kriterien anlegt: Medikamente sind molekular definierte aktive Substanzen oder Substanzmischungen, wobei in Mischungen die Anzahl der einzelnen Substanzen möglichst gering gehalten wird. Der in eine geeignete Darreichungsform gebrachte Wirkstoff soll bestimmten pharmakologischen Ansprüchen genügen, also immer gleich zusammengesetzt, möglichst standardisiert, dosierbar, haltbar, stabil und biologisch verfügbar sein. In der pathogenetischen Ausrichtung bekämpft ein bestimmter Wirkstoff idealerweise ein bestimmtes Symptom.

Im interkulturellen Vergleich sind Medikamente jedoch alle Substanzen, die innerlich oder äußerlich angewendet werden, um eine Erkrankung im gewünschten Sinn zu beeinflussen. Das kann nach völlig anderen theoretischen Hintergründen und Prinzipien erfolgen. In der Homöopathie werden z.B. nicht die Wirkstoffe eingesetzt, die ein Symptom bekämpfen, sondern, nachdem sie speziell aufbereitet wurden (Potenzierung), diejenigen, die es hervorrufen.

In anderen medizinischen Traditionen haben sich wiederum andere Vorstellungen herausgebildet, wohl auch wegen des pflanzlichen Ursprungs vieler Medikamente. Ursprünglich sind Phytopharmaka Pflanzengesamtzubereitungen, die alle bekannten und unbekanntes Stoffe einschließlich der unverdaulichen Fasern beinhalten. Auch bei Pflanzenextrakten sind alle bekannten und unbekanntes Wirkstoffe enthalten, nicht aber die Pflanzenfasern. Oft sind das die bis heute möglichen, aber auch gewünschten Formen von Medikamenten, vor dem Hintergrund von zum Teil langem Erfahrungswissen. In asiatischen Medizintraditionen beispielsweise entspricht die Vielfalt der Inhaltsstoffe dem sozientrischen Weltbild, der Vorstellung eines Mikro- und eines Makrokosmos, die sich gegenseitig widerspiegeln und in denen Dinge, Pflanzen, Tiere, Menschen und spirituelle Wesen ihren Platz haben. In einem solchen Erklärungsmuster geht es weniger um die gezielte Symptombekämpfung durch einen einzelnen Wirkstoff als um die Aufrechterhaltung von Balance und Harmonie auf allen Ebenen der Existenz durch einen ganzen Kosmos an Inhaltsstoffen.

Die Produktion von standardisierten pflanzlichen Medikamenten wurde möglich, nachdem einzelne Inhaltsstoffe analysiert und zum Teil auch synthetisch hergestellt werden konnten. Diese Medikamente entsprechen schulmedizinischen und pharmakologi-

schen Prinzipien. Es ist jedoch fraglich, ob isolierte Stoffe dasselbe Wirkungsspektrum erzielen können wie die Stoffe der gesamten Pflanze bzw. des Extraktes.

### Die Bedeutung von Organen

Im interkulturellen Vergleich wird deutlich, dass Organen unterschiedliche Bedeutung zugeschrieben wird. In Frankreich ist die „crise de foie“, die „Leberkrise“ (Payer 1993:53ff) ein häufig geäußertes Beschwerdebild. Auch in der chinesischen Medizin werden viele Leiden auf die Leber zurückgeführt – ein Erklärungszusammenhang, der hierzulande eher Irritation hervorruft. In Deutschland steht dagegen mehr das Herz im Zentrum der Aufmerksamkeit, was mit einer höheren Rate von Herz-Kreislauf-Erkrankungen korrespondiert.

Ganz „selbstverständlich“ nehmen hier die meisten Menschen das Herz als Sitz der Gefühle an, was in Koseworten, Gedichten und Schlagertexten ausgedrückt wird. In anderen Kulturen wird jedoch die Leber als Ort von Gefühlen angesehen. In indonesischen Schlagern etwa wird in der Liebesbezeugung „In meinem Herzen gibst du mich“ ein Wort für „Herz“ verwendet (hati), mit dem man beim Fleischkauf die organische Leber bezeichnet. Bei aus der Türkei stammenden PatientInnen sind Krankheitsbilder wie die „gefallene“ Leber bekannt. In der Vergangenheit führte das oft zur Einweisung dieser Kranken in die Psychiatrie, weil deutsches medizinisches Personal mit einem solchen Krankheitsbild nichts anfangen konnte und es für den Ausdruck einer psychischen Störung hielt (Petersen 1995).

### Kulturelle Einflüsse auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten

Unterschiedliche kulturelle Hintergründe beeinflussen auch das Krankheitsverhalten. Das kann die Art der Beschwerden betreffen: Viele Menschen aus Ost- und Südostasien klagen z.B. seltener über Kopfschmerzen, aber häufiger über ein Gefühl von Schwindel. Die Spezifizierung der Beschwerden ist ebenfalls höchst verschieden. Während viele Menschen hierzulande möglichst ganz genau beschreiben wollen, wo es weh tut und manchmal eine eigene Diagnose mitliefern, äußern sich Menschen aus anderen Kulturen oft unspezifisch. Wenn sich der ganze Mensch krank fühlt, wird das Leiden entsprechend präsentiert, und das kann mit dem Satz geäußert werden: „Frau Doktor, es tut alles weh“.

Erhebliche Variationen gibt es in den Äußerungen von Schmerz und Leid. So lernen in vielen Gesellschaften vor allem Männer leiden ohne zu klagen, ein Ideal, das auch in Deutschland bekannt ist („Ein Indianer kennt keinen Schmerz“). Menschen aus südlichen Ländern haben hier mit ihrem „übertriebenen“ Wehklagen schon oft Belustigung, Befremden oder Ärger ausgelöst. Ob man Trauer und Schmerz aber lauthals äußern oder eher still mit sich selbst abmachen soll – dafür gibt es bewusste und unbewusste kulturelle Werte und Übereinkommen.

Die Orientierung an anderen oder sogar entgegen gesetzten Werten führt bei Pflegepersonal und Ärzten zu Verunsicherung und Überforderung. So wurden in den 1980er Jahren in Überweisungsblättern Diagnosen wie „Ganzkörpersyndrom“, „Südländerkrankheit“ oder „Türkischer Totalschaden“, „Mamma-Mia-Syndrom“, „Maghrebinischer Ausnahmezustand“ oder „Neogriechische Gastritis“ gefunden (Collatz 1985) – Ausdrücke ärztlicher Hilflosigkeit, die durch eine Ausbildung ohne interkulturelle Inhalte gefördert wird.

Die Herkunft aus einer individualistisch oder kollektivistisch orientierten Kultur kann ebenfalls das Gesundheits- und Krankheitsverhalten beeinflussen. Während im ersten Fall das Bedürfnis nach Isolation und Ruhe ausgeprägt ist, besteht im anderen oft der Wunsch nach möglichst viel Gesellschaft von Familie und Freunden, was im Klinikalltag immer wieder zu Konflikten führt. Vielleicht hat die individuelle Erkrankung aber auch eine Bedeutung für das Kollektiv. Damit erhält die Familie eine ganz andere Funktion bei Erkrankung und Behandlung und trifft eventuell Entscheidungen mit.

Auch soziale Beziehungen spielen für das Krankheitsverhalten eine Rolle, z.B. patriarchale Strukturen und Gender-Aspekte. In Kulturen mit stärkerer patriarchaler Orientierung erwarten Männer (Ehemänner, bei unverheirateten Frauen auch Väter und Brüder), dass sie in die Kommunikation mit ÄrztInnen und Pflegepersonal einbezogen werden. Manchmal wollen sie die Diagnose erfahren und über die Behandlung (mit-)bestimmen. In einer emanzipatorisch orientierten Gesellschaft können diese Verhaltensweisen widersprüchliche Gefühle oder sogar heftige Ablehnung verursachen.

## Gesundheit, Kultur und Kommunikation

Ohne die leitenden Muster menschlicher Kultur, so formulierte es einmal der berühmte Anthropologe Clifford Geertz, wüsste der Mensch nicht, wie er (sich) fühlen sollte. Körperzustände werden nie objektiv für die Außenwelt sichtbar, sondern müssen immer kommuniziert werden. Menschen empfinden ihre kulturell entwickelten Werte unbewusst als natürlich, auch die ihrer Kommunikationsstile oder einer medizinischen Tradition. Entsprechend „selbstverständlich“ kommunizieren sie. Der Körper ist dabei ein Kommunikationsinstrument mit hohem Symbolwert. Im Hinblick auf Krankheit und Gesundheit geschehen Mitteilungen auf verbaler, nonverbaler und paraverbalen Ebene in derselben Komplexität wie in anderen Bereichen auch.

Alle kommunikativen Unterschiede aufgrund kultureller Differenz spielen in Behandlungs- und Pflegesituationen eine Rolle und Missverständnisse können zu Non-Compliance führen. Suchen Menschen den Blickkontakt oder vermeiden sie ihn? Direkter Blickkontakt wird von vielen Menschen Asiens als unhöflich oder

sogar unverschämt empfunden. Wird jedoch hier eine Person nicht angesehen, fühlt sie sich leicht missachtet oder herabgesetzt. Wie werden Gestik und Mimik interpretiert? Zustimmung wird nicht immer mit einem Kopfnicken ausgedrückt, sondern manchmal mit einer Kopfbewegung, die hier eher als Verneinung interpretiert wird. Gibt man die Hand zur Begrüßung und wenn ja, wem? In vielen Kulturen, in denen Geschlechtertrennung gelebt wird, reicht man, wenn überhaupt, nur Menschen des gleichen Geschlechts die Hand.

Ähnliches gilt für Kommunikationsstile: Bevorzugt man indirekte Äußerungen und Andeutungen, die als „höflich“ und „angemessen“ empfunden werden oder wird Bedeutung mittels direkter, verbaler Kommunikation offenkundig ausgedrückt? Wie funktioniert der Austausch, wenn Wichtiges über das Erzählen von Geschichten mitgeteilt wird? Wenn Menschen häufigen Körperkontakt und taktile Zuwendung als normal empfinden, dann werden Krisen weniger durch Reden oder Ausdiskutieren erleichtert als durch nonverbale Zuwendung („Wie kann dieser Arzt mir helfen, er hat mich ja nicht ein einziges Mal berührt“), was andere wiederum als zu große Nähe empfinden. Welche Rolle spielen Höflichkeitsnormen, die vielleicht keinen Widerspruch oder nicht einmal eine Nachfrage bei Nichtverstehen erlauben? Ist es möglich, „nein“ zu sagen, auf die Frage, ob etwas verstanden wurde? Ein Kopfnicken kann Zustimmung bedeuten oder aber „Ich habe Sie gehört“ – ohne dass die Beteiligten inhaltlich übereinstimmen müssten.

Sprachstile, die in Berufskulturen gepflegt werden, beeinflussen ebenfalls den Kommunikationsverlauf. Gespräche im Behandlungskontext sind oft ritualisiert und in einem Fachjargon gehalten, der auch für gut Deutsch Sprechende schwer verständlich ist.

Über solche Themen der Interkulturellen Kommunikation hinaus werden in der Gesundheitsversorgung „Sprachbarrieren“ immer wieder als Kommunikationsproblem benannt. Verstehen und verstanden werden auf verbaler Ebene setzt das Nutzen einer gemeinsamen Sprache voraus. Menschen, die nicht genügend Deutsch sprechen, werden hier in der Regel nicht verstanden. Bislang wird das als Defizit der PatientInnen oder zu Pflegenden begriffen, das allein in ihrer Verantwortung liegt. In einer Einwanderungsgesellschaft mit kulturell vielfältiger Bevölkerung müssten jedoch kulturelle und sprachliche Vielfalt strukturell einbezogen und bei Bedarf der Einsatz professioneller, auf die speziellen Anforderungen in Behandlungssituationen ausgebildeter DolmetscherInnen zur regelhaften Lösung werden.

Die gemeinsame Sprache ist oft nicht einmal das Hauptproblem. Wichtiger ist die Frage, welche Bedeutung überhaupt der Kommunikationsebene zugemessen wird. Wird Wert auf eine Begegnung gelegt oder eher auf einen distanzierten, technischen Umgang? Oft wäre schon die Bereitschaft von Pflegepersonal

und ÄrztInnen hilfreich, sich auf eine fremde Ausdrucksweise einzulassen und diese ernst zu nehmen. Eine Ärztin (Theilen 1985) schilderte, wie sie in den 80er Jahren mit der Kenntnis von genau drei türkischen Wörtern zur anerkannten „Dolmetscherin für kranke Türken“ wurde. Sie war in der Lage, interkulturell kompetent die Erklärungen von türkischen Patienten zu „übersetzen“ sowie die ärztlichen Anweisungen für die Erkrankten. Die Kommunikationsbereitschaft spielt manchmal eine weitaus größere Rolle als die Beherrschung einer bestimmten Sprache.

## Migration – Interkultur/Transkultur – Managing Diversity

In Deutschland haben ca. 20% der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, in den großen Städten bis zu 35%. Bei den unter 18jährigen ist dort der Anteil noch viel größer: Fast die Hälfte von ihnen hat Wurzeln in einem anderen Land. Die Tatsache, ein Einwanderungsland zu sein, ist politisch über Jahrzehnte ignoriert worden. Eine integrationspolitische Debatte wird jedoch seit langem kontrovers und oft emotional geführt. 2005 wurde zum ersten Mal in einem Mikrozensus der Migrationshintergrund erhoben, im gleichen Jahr das Zuwanderungsgesetz eingeführt. 2007 stellte die Bundesregierung den Nationalen Integrationsplan vor, aus dem Ende 2010 der „Aktionsplan zur Weiterentwicklung des Nationalen Integrationsplans“ wurde.

Diese hier nur grob skizzierte demografische und gesellschaftliche Realität hat das Interesse am Thema Kultur und an interkulturellen Ansätzen erheblich befördert, auch in Bereichen, die sich zuvor kaum oder gar nicht damit beschäftigt hatten. Interkulturelle Kompetenz wird heute daher z.B. im öffentlichen Dienst als notwendig angesehen. Da es über individuelle Kompetenzen hinaus um den Kulturwandel der Organisation oder des Betriebes geht, ist der Einbezug von Diversity Management-Strategien produktiv.

Kultur, Interkultur und Transkultur werden seither meist in enger Verbindung zu Migration und demografischer Realität thematisiert – eine wenig produktive Vermischung. Integrationspolitische Strategien oder Forderungen werden mit – oft nur vermeintlich – kulturellen Argumenten untermauert und in kulturelle und interkulturelle Perspektiven gehen – oft indirekt – integrationspolitische Erwartungen aller Art ein. Diese Alltagsrealität veranschaulicht die Tatsache, dass das abstrakte Konstrukt Kultur immer in einem gesellschaftlichen System von Macht und Hierarchie gelebt wird.

Auch im Gesundheitsbereich heißt das, dass man sich bewusst sein muss, mit welchen Motiven und Zielen Gesundheit und Kultur auf die Tagesordnung gerufen werden. Geht es um das medizinethnologische Verständnis unterschiedlicher Haltungen und Konzepte im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit? Werden

Menschen mit Migrationshintergrund – oft kurz und fälschlich als „MigrantInnen“ bezeichnet – als Zielgruppe definiert, die von bestimmten gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht werden soll? Soll die kulturell vielfältige „Kundschaft“ der Gesundheitsversorgung adäquat erreicht und behandelt werden können („MigrantInnenversorgung“)? Geht es um strukturelle Veränderungsprozesse? Wird eine bessere und effektivere Kommunikation unter Berücksichtigung interkultureller Aspekte angestrebt? Und wenn ja, mit wem?

### Beispiel 2

Herr Dr. W berichtet als Teilnehmer an einer interkulturellen Fortbildung 2010 folgende Fallgeschichte: Aufgrund seiner Tätigkeit in einer Gesundheitsbehörde kommen oft Menschen zu ihm, die vor ihrer Fernreise eine Impfung erhalten. Dazu gehören auch Familien, die nach Mekka pilgern wollen und die in der Regel einen Migrationshintergrund haben.

Herr Dr. W. hat beobachtet, dass in diesen Familien manchmal die erwachsenen oder jüngeren Kinder für die gesamte Familie sprechen, während die Eltern still dabei sitzen. Er hat daraus geschlossen, dass die Eltern „kein Deutsch“ sprechen, obwohl sie oft schon viele Jahre oder gar Jahrzehnte in Deutschland leben und hält das für ein großes Versagen dieser Eltern. Daher versucht er in der Regel erst gar nicht, mit ihnen zu sprechen, sondern wendet sich ausschließlich an die Kinder, die mit ihm in gutem Deutsch alles regeln.

Herr Dr. W. hat bemerkt, dass dieses Kommunikationsverhalten die Erledigung erheblich erschwert und verlängert, denn die Älteren fühlen sich missachtet und familiäre Unstimmigkeiten entstehen. Wenn er die Älteren hingegen einbezieht, läuft alles reibungslos ab. Der Schluss liegt nahe, dass Herr Dr. W. damit ein lösungsorientiertes Kommunikationsverhalten gefunden hat. Doch er protestiert: „Nein, ich weigere mich, zu Leuten zu sprechen, die hier nicht mal Deutsch können. So etwas trage ich nicht mit und werde weiterhin nur mit den Kindern reden. Und ich bin Beamter, mir kann hier keiner was vorschreiben!“

Auf den ersten Blick sieht dieses Fallbeispiel nach einem aus vielen Zusammenhängen bekannten Kommunikations- und Beziehungsproblem aus, das entsteht, wenn Kinder für ihre Eltern dolmetschen müssen.<sup>3</sup> Doch das hatte Herr Dr. W. bereits erkannt und war sogar zu einer Lösung gekommen. Die wollte er jedoch gar nicht anwenden. Das eigentliche Problem liegt in der Verknüpfung des Handelns im interkulturellen Kontext mit „Integrations“-forderungen, die in dieser Situation weder zur Debatte stehen noch erfüllt werden könnten. Vermutlich hat Herr Dr. W. kaum Kenntnisse über die Geschichte der Zuwanderung

<sup>3</sup> Wie gut die Deutschkenntnisse der Eltern wirklich sind, erfahren wir aus ihrem Verhalten nicht einmal. Menschen können aus vielen Gründen in „offiziellen“ Situationen zurückhaltend sein.



in Deutschland, die Hintergründe und Bedingungen von Migration sowie die demografische Realität. Das führt zu der Annahme bzw. Forderung, dass alle Menschen, die in Deutschland die Leistungen des öffentlichen Dienstes in Anspruch nehmen, sehr gut deutsch sprechen (müssen), was jedoch nicht der realen Bevölkerung entspricht. Der Arzt bezieht diese Realität nicht in sein professionelles Handeln ein. Im öffentlichen Dienst, in dem der Dienstleistungsgedanke, die Kundenorientierung und auch integrationspolitische Anliegen eine wachsende Rolle spielen, steht das letztlich auch seinem dienstlichen Auftrag entgegen.

Nicht nur der Blick „nach außen“ ist notwendig, sondern auch der Blick „nach innen“, auf die kulturell vielfältige Mitarbeiterschaft. In kaum einer anderen Branche gehören so viele Menschen mit Migrationshintergrund zum Fachpersonal wie im Gesundheitsbereich. Das Managen des kulturell vielfältigen Personals in Behandlung und Pflege, also eine interkulturell orientierte Personalgewinnung und -entwicklung, ist die interne Aufgabe in Arztpraxen, Kliniken und Institutionen der Pflege.

### Beispiel 3

Frau Ö.s schildert als Teilnehmerin an einer Veranstaltung zur interkulturellen Öffnung ihre eigene Geschichte. Ihre Eltern sind vor einigen Jahrzehnten aus der Türkei nach Deutschland zugewandert. Sie wurde in Deutschland geboren, hat die deutsche Staatsangehörigkeit, ging hier zur Schule, machte eine Ausbildung zur Pflegefachkraft und hat sich für Leitungsfunktionen qualifiziert.

Als in ihrem Betrieb eine Leitungsstelle frei wurde, wurde Frau Ö. als die geeignetste Nachfolgerin ausgewählt. Sofort nach dieser Entscheidung wurde sowohl heimlich als auch offen von vielen aus der Mitarbeiterschaft gefragt: „Wieso die kleine Türkin?“. Und auch PatientInnen und ihre Familien schlossen sich dieser Frage an.

Frau Ö. fühlte sich durch diese diskriminierenden Kommentare sehr verletzt. Sie hielt jedoch dem Druck stand und arbeitete mehrere Jahre voller Engagement, ohne eine Intervention der Vorgesetzten, allein dagegen an. Sie wollte sich und anderen beweisen, dass „kleine Türkinnen“ durchaus in der Lage sind, eine leitende Funktion adäquat auszufüllen.

In diesem Beispiel geht es um mehrfach diskriminierendes Verhalten: aufgrund der ethnischen Herkunft, des Alters, des Geschlechtes und der Seniorität im Betrieb. Junge Frauen in Leitungsfunktionen erleben häufig den Widerstand der schon länger im Betrieb arbeitenden Frauen wie Männer; hier kam die ethnische Ausgrenzung hinzu. Thematisiert werden solche Fallgeschichten oft unter dem Etikett „interkulturelles Missverständnis“, was der Komplexität des Vorgangs unangemessen ist und pauschalen Kulturalisierungen Vorschub leistet.

Kulturwandel verändert die Gesundheitsversorgung in allen Facetten und auf allen Ebenen. Die Vielfalt des Themas ist daher nicht mit standardisierten Lehrprogrammen, Ratschlägen oder Vorgehensweisen zu bewältigen, sondern muss den jeweiligen Personen, Institutionen oder Betrieben entsprechen. Der Aufwand, das Thema Gesundheit und Kultur stärker einzubeziehen, wird sich jedoch lohnen: Er bietet eine zusätzliche Chance, eine anthropologisch orientierte Medizin zu fördern. ■

### Dr. Christine Tuschinsky

Studium der Politikwissenschaften/ Germanistik sowie der Ethnologie; Promotion im Fach Ethnologie zu einem medizinethnologischen Thema; mehrjährige Forschungsaufenthalte in Singapur und Indonesien, Tätigkeiten in Forschung, Lehre und Erwachsenenbildung.

Leitung von EU-geförderten Projekten zu den Themen Migration, interkulturelle Öffnung von Institutionen des öffentlichen Dienstes, Diversity Management; seit über zehn Jahren Beraterin, Trainerin und Moderatorin in den Bereichen Diversity Management und interkulturelle Orientierung; Konzeptionierung und Durchführung interkultureller Fortbildungen für Fach- und Führungspersonal der Gesundheitsversorgung und Pflege, der Verwaltung und der Sozialen Arbeit.

Kontakt: info@christine-tuschinsky.de



### Literatur

- Auernheimer, G., Einführung in die interkulturelle Erziehung, 1996  
 Collatz, J./ Kürsat-Ahlers, E./ Korporeal, J. (Hrsg.) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg, 1985  
 Domenig, D. (Hrsg.) Professionelle Transkulturelle Pflege. Ein Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern, 2001  
 Dobos, G./ Kümmel S., Keine Tabus mehr im Kampf gegen das Leid. in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 21.02.2011, Nr. 43, S.23  
 Geertz, C. Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt a. M., 1987  
 Kleinman, A. Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley, 1980  
 Payer, L. Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Frankfurt/M., 1993  
 Petersen, A. Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. in: curare 1995; 18/2:531–540, Theilen, I. Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der BRD. in: Collatz, J./ Kürsat-Ahlers, E./ Korporeal, J. (Hrsg.) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg, 1985  
 Treichel, T./ Mayer, C. (Hrsg.) Lehrbuch Kultur. Münster 2011  
 Tuschinsky, C. Interkulturelle Öffnung in Medizin und Gesundheitsversorgung. in: C. Dettmers et al. Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde. Bad Honnef; 2002:9–25  
 Tuschinsky, C. Interkulturalität in Gesundheit und Pflege. In: Roth, J./ Köck, C. (Hrsg.) Interkulturelle Kompetenz. Handbuch für die Erwachsenenbildung. 2. überarb. Aufl., München 2011  
 Tylor, E. B. Primitive Culture. Researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom, London 1871/1958  
 Ulrich, R. E. Bericht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund. in: Newsletter ‚Migration und Bevölkerung‘ Ausgabe 05/07. www.migration-info.de (Zugriff: 28.3.12)  
 Weidman, H. Attaining the Transcultural Perspective in Health Care: Implications for Clinical Training. in: Lefley, H. P./ Pedersen, P. B., Cross-Cultural Training for Mental Health Professionals. Springfield 1986, 311–330  
 Witte, K./ Morrison, K. Intercultural and Cross-Cultural Health Communication. in: Wiseman, R. L. (Ed.) Intercultural Communication Theory, Thousand Oaks, 1995  
 Zimmermann, E. Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Bern, 2000