

**Studienarbeit:**

**Kulturelle Unterschiede im Umgang mit Gesundheit und Krankheit-  
ihre Bedeutung für die Soziale Arbeit**

**Veranstaltung:**

**Traumatische und Posttraumatische Belastungsstörungen bei  
Kindern und Jugendlichen**

**Erstleser: Fernanda Pedrina**

**Zweitleser: Ewald Rumpf**

**Verfasser: Hannes Niklas Volkhardt**

**Mönchebergstr. 50, Whg. 5.4**

**34125 Kassel**

**6. Fachsemester**

## **Vorwort:**

Das Thema 'Fremdheit und kulturelle Unterschiede' hat mich bereits eine lange Zeit begleitet. Von Interkulturalität in der Schule und Freundeskreis über Reisen, u.a. zu einem nordamerikanischen Indianerreservat, bis hin zu dem 2jährigen Besuch des United World College of Hongkong, bin ich intensiv mit unterschiedlichen Kulturen in Kontakt gekommen, habe verschiedene Lebensweisen und Weltanschauungen kennen- und schätzen gelernt. Ein Jahr habe ich an der Universität Wien 'Ethnologie' studiert. Dort belegte ich mitunter ein Seminar „Einführung in die Ethnomedizin und Medical Anthropology“, aus dem ich z.T. Inspirationen und Informationen für die vorliegende Studienarbeit bekommen habe.<sup>1</sup>

In früheren theoretischen Arbeiten habe ich mich auch u.a. mit folgenden Themen auseinandergesetzt: „Die Lakota Indianer- Ein Volk im Überlebenskampf“, „What led to the current situation of the Native Americans at the example of the tribe Lakota“, „Wie stellt sich die deutsche Gesellschaft den Herausforderungen der Immigration und Integration von Ausländern im Hinblick auf die Politik der letzten 20 Jahre?“, „Jugendarbeit im religiösen Kontext. Eine Auseinandersetzung mit der Jugendarbeit im Christentum und im Islam“, „Entwicklungshilfe und Entwicklungszusammenarbeit“, „Die EU-Qualifikationsrichtlinie“, „Leistungsanspruch und Anspruchseinschränkung im Asylbewerberleistungsgesetz – Information und Kontroverse“.<sup>2</sup> Des Weiteren habe ich mein BPS1 im Rahmen des Diplom1 Sozialwesen Studiums an der Universität Kassel in einer Flüchtlingsberatung vom Diakonischen Werk in Kassel absolviert.

Insbesondere die persönliche theoretische und praktische Beschäftigung mit Religionen, Spiritualität und Heilung in unterschiedlichen Kulturen haben mein Interesse für das Thema dieser Studienarbeit geweckt. Dazu gehörten u.a. ein Kennenlernen der Spiritualität, Rituale und Denkweise der Lakota Indianer in Theorie und Praxis, als auch verschiedener Religionen, wie Christentum und Islam, sowie ihr Bezug zu Gesundheit

---

<sup>1</sup>vgl. Hadolt u.a. WS2003/04; ebenda WS 2004/05; Pitterle 2007

<http://www.ethnomitschriften.at/index.php?pid=mitschriften#oben> 22.09.2008

<sup>2</sup>Arbeiten in eigenem Archiv

und Krankheit.

In Hinblick auf die voranschreitende Globalisierung und die damit verbundene Notwendigkeit, Deutschland als Einwanderungsland zu begreifen, schließen sich ein natürlicher Umgang, Kennenlernen und eine Integration der hier lebenden 'Nicht-Deutschen/ Ausländer/ Immigranten/ Gastarbeiter/ etc.' als natürliche Folge an. Dazu gehört selbstverständlich auch die medizinische Versorgung und die damit verbundene Auseinandersetzung, Anerkennung und Toleranz von kulturellen Unterschieden im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Als SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen sind wir sowohl in Feldern der Gesundheitsversorgung, in typischen Einrichtungen der Migrationsarbeit, als auch in anderen Einsatzgebieten möglicherweise mit dieser Thematik konfrontiert. Dazu zählen z.B. die Beratung von MigrantInnen, die Begegnung mit Asylsuchenden und Flüchtlingen in Heimen, Schulsozialarbeit in multikulturellen Stadtteilen, sowie Projekte der Entwicklungszusammenarbeit.

In der vorliegenden Studienarbeit behandle ich nun das Thema: „Kulturelle Unterschiede im Umgang mit Gesundheit und Krankheit- ihre Bedeutung für die Soziale Arbeit“. Im Einleitungsteil, des ersten Kapitels gebe ich einen kurzen Überblick über die Kernbegriffe der Arbeit: 'Kultur'; 'Gesundheit und Krankheit'; sowie 'Soziale Arbeit'. Desweiteren folgt eine einführende Abhandlung zu den Wissenschafts-, Forschungs- und Arbeitsgebieten, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen, als auch ein Abschnitt zu unterschiedlichen Krankheitskonzepten. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf dem Hauptteil im zweiten Kapitel, in dem auf die Bedeutung der kulturell unterschiedlichen Umgangsweise mit Gesundheit und Krankheit für die Soziale Arbeit eingegangen wird. Dies geschieht mit einer Beleuchtung verschiedener Arbeitsfelder und der Bezugnahme auf praktische Beispiele. Die Arbeit schließt mit einem groben Überblick des Themas und Ergebnisse der Arbeit.

Obwohl die ethnomedizinische Literatur vielfältig ist, fiel es mir eher schwer, Schriften aus der Sicht von SozialarbeiterInnen/-pädagogInnen über diese Thematik oder im Allgemeinen Texte über die Relevanz davon für die Soziale Arbeit/ Sozialpädagogik zu finden. Neben der explizit ethnomedizinischen Werke, habe ich dann u.a. folgende Bücher und

Texte aufschlussreich gefunden und in dieser Arbeit verwendet: „Race Culture, and Mental Disorder (Rack 1982)“; „Therapie und Beratung von Migranten (Eimmermacher u.a. 2004)“; „Krankheit und Kultur (Bichmann u.a. 1985)“ sowie „Handbuch der Sozialen Arbeit mit Kinderflüchtlingen (WOGÉ e.V. u.a. 2000)“.

## **Inhaltsverzeichnis:**

Vorwort	2
Inhaltsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
1.1 Ausführungen über Kernbegriffe der Arbeit	6
1.2 Ethnomedizin und andere Wissenschaftsgebiete	12
1.3 Unterschiedliche Krankheitskonzepte	14
2. Hauptteil	18
2.1 Was für eine Bedeutung hat der kulturell unterschiedliche Umgang mit Gesundheit und Krankheit für die Soziale Arbeit?	18
3. Resumée	30
4. Anhang	31
4.1 Tabelle 1: Humoralpathologie	31
5. Abkürzungsverzeichnis	32
6. Literaturverzeichnis	34
7. Verzeichnis der Internetquellen	41
8. Erklärung	43

## **1. Einleitung**

### **1.1 Ausführungen über Kernbegriffe der Arbeit**

Vorab ein paar Anmerkungen zum sprachlichen und kulturellen Rahmen: So sehr mir als Verfasser dieser Arbeit am Herzen liegt, einen neutralen Standpunkt einzunehmen, sehe ich mich durch meine kulturellen Hintergründe und sprachlichen Möglichkeiten bereits voreingenommen, d.h. mit einem begrenzten sprachlichen Instrumentarium und kulturellen Repertoire ausgestattet, um die Sachverhalte anderer Kulturen zu betrachten, zu begreifen und zu verstehen.

Diese Arbeit ist hauptsächlich in einer Sprache, der Deutschen, verfasst. Damit ist von vornherein in sprachlicher Hinsicht ein etischer Standpunkt gegeben, d.h. von außerhalb (etisch), nicht aus der anderen Kultur oder Sprache selber heraus (emisch).<sup>3</sup> So mag es in anderen, auch hier behandelten, Kulturen und Sprachen Sachverhalte und dafür Begriffe geben, die keine Equivalente in unserem Kultur- und Sprachkreis haben. Dies kann auch durch unterschiedliche historische Entwicklungen der Kulturen und Sprachen sein. Daher ist es z.B. denkbar, dass bereits die unten aufgeführten Kernbegriffe, wie Kultur, Gesundheit und Krankheit, gar nicht in der Lage sind, die betrachteten fremden Sachverhalte wiederzugeben. Außerdem ist wahrscheinlich, dass Verwechslungen, Irrtümer und Missverständnisse passieren, wenn eine eins-zu-eins Übersetzung mit unseren sprachlichen und kulturellen Mitteln nicht oder nur schwer möglich ist.

Schließlich soll auch an die selbstverständliche Begrenztheit eines schriftlichen Aufsatzes erinnert werden, der nicht gleichgesetzt werden kann mit dem Erleben und Erfahren der Sachverhalte, die hier versucht werden, zu beschreiben.

Somit sehe ich es als nicht angebracht an, in dieser Arbeit klare, unmissverständliche und allgemein gültige Definitionen zu geben. Die etymologischen und anderen Ausführungen sind also nicht dazu gedacht, um Begriffe oder Sachverhalte festzuschreiben, sondern eher um Ideen ihres historischen und theoretischen Kontextes zu geben.

---

<sup>3</sup>vgl. Greifeld 2003, S.14f; Rivers 1924. In: Greifeld 2003, S.14f

## **Kultur und kulturelle Unterschiede**

Das Wort Kultur stammt aus dem Lateinischen 'cultus/cultura' und bezeichnet(e) die „Verehrung einer Gottheit, Pflege des Körpers und (...) Geistes, (...) als auch Ackerbau, Landbau“<sup>4</sup>. Es wird auch allgemein als das Menschliche im Gegensatz zum Natürlichen beschrieben.<sup>5</sup>

In der verwendeten Literatur wird auf Kultur in unterschiedliche Weise eingegangen. So beginnt Eimmermacher (2004) z.B. mit einer Aufzählung,

„(...) was Kultur nicht ist: Kultur ist nicht statisch, sie ist nicht homogen, sie macht sich nicht an - nationalen – Grenzen oder anders definierten „Räumen“ fest, sie ist keine Konstante, die geeignet wäre, Gruppen oder Menschen zu klassifizieren und zu bewerten.“<sup>6</sup>

Häufig wird betont, dass es verschiedene Definitionen von Kultur gibt, die einander nicht ausschließen. „Culture is variable and arbitrary. For example, in Britain it is polite to eat with one's mouth closed, in India the opposite.“<sup>7</sup>

Dahingehend soll auch in dem vorliegenden Aufsatz eine kulturrelativistische Herangehensweise postuliert werden, in der verschiedene Kulturen respektiert und toleriert werden, als auch die eigene kulturelle Position kritisch reflektiert und in Frage gestellt wird. Dies steht im Gegensatz zum Ethnozentrismus, in dem die eigene Kultur als perfekt, absolut und alleine richtig angesehen wird und somit andere Kulturen als minderwertig, falsch und unnatürlich verurteilt werden.

Im Bezug zu Beratung und Therapie rät Hegemann (o.J.)<sup>8</sup>, dass dem Kulturellen ebenso viel Bedeutung zugemessen werden sollte wie dem Professionellen. Wissenschaftler sehen in der Konzentration bzw. Beschränkung auf den Aspekt der Kultur aber auch eine rassistische Tendenz.<sup>9</sup> Durch diese Sichtweise würde der Mensch seiner Individualität beraubt, da „im Konzept der interkulturellen Arbeit (...) sich nicht

---

<sup>4</sup>Wikiwörterbuch Wiktionary 2008c: Kultur <http://de.wiktionary.org/wiki/Kultur> 05.09.2008

<sup>5</sup>vgl. Wikipedia 2008b: Kultur <http://de.wikipedia.org/wiki/Kultur> 05.09.2008

<sup>6</sup>Eimmermacher u.a. o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.10

<sup>7</sup>Rack 1982, S.13

<sup>8</sup>Hegemann o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.79

<sup>9</sup>vgl. Bommes u.a. 1991; Griese 1996, S.100ff; Hamburger 1999. Alle drei in: Tan u.a. o.J.. In: Thole 2005, S.387f; Kalpaka o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.31ff

Subjekte begegnen, sondern 'Kulturträger'<sup>10</sup>. Dieser wesentliche Kritikpunkt wird in folgendem Zitat deutlich:

„Dass alle Leute außerhalb Mitteleuropas für ihre Handlungen keine Gründe, sondern Kultur haben sollen', sinniert der Privatdetektiv Kayankaya, als er mit der Erklärung seines Auftraggebers Weidenbusch konfrontiert wird, es würde wohl an der Kultur von Sri Dao, einer Frau thailändischer Herkunft, liegen, dass sie auf seinen Heiratsantrag hin den Kopf geschüttelt habe und später sogar wütend wurde.“<sup>11</sup>

### **Gesundheit und Krankheit**

Das Wort Gesundheit wird von dem Germanischen „[ga]sunda- stark, kräftig“<sup>12</sup> abgeleitet. Der Begriff Krankheit stammt vom mittelhochdeutschen „krancheit, krankheit 'Schwäche, Dürftigkeit, Not, Leiden“<sup>13</sup>. Die Erläuterungen am Anfang des Kapitels sollen hier am Englischen Beispiel 'health' noch einmal verdeutlicht werden. Im Gegensatz zum deutschen Wort 'Gesundheit' mit der ursprünglichen Bedeutung 'stark, kräftig', kommt das englische 'health' vom Altenglischen Wort für 'wholeness, a being whole, sound or well', und dieses wiederum von Wörtern aus dem Proto-Indo-Europäischen und dem Altnordischen für 'whole, uninjured, of good omen; hale, whole; holy und sacred'.<sup>14</sup> Trotz dieser sehr unterschiedlichen Wurzeln der Begriffe 'Gesundheit' und 'health' und möglicherweise daraus resultierenden anderen (evtl. ideellen) Grundverständnissen bzw. Grundbedeutungen der Begriffe, müssen jedoch ihre heutigen Anwendungen (relativ unabhängig von der Etymologie) beachtet werden, die womöglich durchaus gleich bzw. wenigstens ähnlich sind.

In Hinblick auf mögliche Definitionen, merkt Greifeld (2003) an:

„Gesundheit wird sehr viel seltener definiert als Krankheit, wohl weil davon ausgegangen wird, dass Gesundheit der 'Normal'-Zustand ist und damit keiner weiteren Erläuterung bedarf.“<sup>15</sup>

<sup>10</sup>Tan u.a. o.J.. In: Thole 2005, S.388

<sup>11</sup>Arjouni 1991, S.39. In: Kalpaka o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.31

<sup>12</sup>Wikiwörterbuch Wiktionary 2008a: Gesundheit  
<http://de.wiktionary.org/wiki/Gesundheit> 05.09.2008

<sup>13</sup>Wikiwörterbuch Wiktionary 2008b: Krankheit  
<http://de.wiktionary.org/wiki/Krankheit> 05.09.2008

<sup>14</sup>vgl. Harper 2001: health <http://www.etymonline.com/index.php?search=health&searchmode=none> 17.09.2008

<sup>15</sup>Greifeld 2003, S.20, Fußnote 11



Allgemein bekannt ist die Definition der World Health Organization: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“<sup>16</sup> „<sup>17</sup>

Mit Beginn der Industrialisierung im 19. Jh. wurde Gesundheit an der „Arbeitsfähigkeit der lohnabhängigen Bevölkerung“<sup>18</sup> gemessen.<sup>19</sup>

Bichmann u.a. (1985) definieren Krankheit als:

„durch definierte Symptome und Befunde beschriebene Gesundheitsstörung, der im Idealfall eine genaue ätiologische und eine prognostische Vorstellung durch die Bezugsgruppe oder Experten zugeordnet ist (kulturell oder wissenschaftlich genau definiert).“<sup>20</sup><sup>21</sup>

Ein bedeutsamer Beitrag zum Diskurs über den Krankheits- Begriff, schlägt sich im theoretischen Werk des Psychiaters und Ethnologen Arthur Kleinmann (\*1941, Professor an der Harvard University)<sup>22</sup> und die Analyse dessen durch Allan Young wieder. Er teilt die Erfahrung bzw. den Zustand *Krankheit* in drei:

1. *Illness* bezeichnet die Wahrnehmung und Erfahrung des Kranken
2. *Disease* ist die organische Veränderung beim Kranken (nach biomedizinischem Modell)
3. *Sickness* bezeichnet „Ereignisse (...), die im Zusammenhang mit Disease und Illness stehen.“<sup>23</sup><sup>24</sup>

Diese Kategorien ergänzte er wiederum durch die Bezeichnungen:

---

<sup>16</sup>Gebrechlichkeit (Breitsprecher u.a. 1998, S.596)

<sup>17</sup>Hadolt u.a. WS2004/05; WHO 2006

[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) 17.09.2008

<sup>18</sup>Homfeldt o.J.. In: Thole 2005, S.318f

<sup>19</sup>vgl. Homfeldt o.J.. In: Thole 2005, S.318ff

<sup>20</sup>Bichmann u.a. 1985, S.225

<sup>21</sup>Greifeld (2003) führt die Definition des Pschyrembels an:

„Krankheit: Erkrankung im weiteren Sinne Fehlen von Gesundheit. Im eigentlichen Sinne Vorhandensein von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen geistigen und / oder seelischen Veränderungen bzw. Störungen.“ (Greifeld 2003, S.20)

<sup>22</sup>vgl. Department of Anthropology at Harvard University. Social Work Faculty o.J. (2008)

[http://www.fas.harvard.edu/~anthro/social\\_faculty\\_pages/pdf/cv\\_kleinman\\_2008.pdf](http://www.fas.harvard.edu/~anthro/social_faculty_pages/pdf/cv_kleinman_2008.pdf) 26.09.2008; Department of Anthropology at Harvard University o.J. (2008) [http://www.fas.harvard.edu/~anthro/social\\_faculty\\_pages/social\\_pages\\_kleinman.html](http://www.fas.harvard.edu/~anthro/social_faculty_pages/social_pages_kleinman.html) 26.09.2008

<sup>23</sup>Bichmann u.a. 1985, S.25

<sup>24</sup>vgl. Bichmann u.a. 1985, S.25ff

1. *Healing*: „holistisches Verstehen von Wiederherstellung“<sup>25</sup>
2. *Curing*: „lediglich das Beseitigen von Beschwerden“<sup>26</sup>

Allan Young (1982) analysierte das Modell von Kleinmann (1980) und deutete es als „einen Handlungskomplex (...), der disease in illness überleitet.“<sup>27</sup> In diesem Prozess würde die Krankheit (in) der Person mit spezifischen Bedeutungen versehen werden. Zum Werke Kleinmanns müssen seine sogenannten 'Explanatory Modells of illness bzw. EMs'<sup>28</sup> genannt werden, die die kulturspezifisch und soziokulturell unterschiedliche Konstruktion von Kranksein bezeichnen. So beschrieb er drei Typen: den Arzt, den Heiler und den Kranken mit seiner Familie. Jeder würde die Krankheit auf unterschiedliche Weise erklären.<sup>29</sup>

Entlang dieser Linie erläutert auch Greifeld (2003), dass Definitionen aus unserem Kulturkreis, wie auch die der WHO, in sich an eine bestimmte Weltsicht/ Vorstellungsweise des Menschen/etc. gebunden sind. So geht die WHO-Vorstellung von „physical, mental and social well-being“<sup>30</sup>, d.h. von einer Leib-Seele-Trennung aus, die aber nicht universal von allen Kulturen so geteilt wird.<sup>31</sup> Es wird vorgeschlagen, eher den Begriff Befindweisen zu benutzen, „die primär subjektiv erlebt werden (als Wohlbefinden bzw. Missbefinden [...]) und sekundär eine gesellschaftliche Prägung und Wertung erfahren.“<sup>32</sup> Mit dem Austauschen von Wohlbefinden für Gesundheit und Missbefinden für Krankheit könne einer ethnozentristischen Herangehensweise vorgebeugt und Konzepten verschiedener Kulturen mehr Raum gegeben werden.<sup>33</sup>

---

<sup>25</sup>Bichmann u.a. 1985, S.25

<sup>26</sup>Bichmann u.a. 1985, S.26

<sup>27</sup>Bichmann u.a. 1985, S.26

<sup>28</sup>vgl. Bichmann u.a. 1985, S.26f

<sup>29</sup>vgl. Greifeld 2003, S.13

<sup>30</sup>WHO 2000 [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)  
17.09.2008

<sup>31</sup>Der beseelte Leib wird in vielen Kulturen als Einheit betrachtet. Die Idee, dass nur ein Teil davon krank sei und der Rest gesund, trifft dann auf Unverständnis. Der Ausspruch 'alles schmerzt' drückt dies aus. Deshalb wird auch die Aufteilung in verschiedene Ärzte, wie Zahnarzt, Psychiater, Orthopäde, usw. nicht verstanden. (vgl. Birck u.a. o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.155)

<sup>32</sup>Greifeld 2003, S.21

<sup>33</sup>vgl. Birck u.a. o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.156; Greifeld 2003, S.20ff

In interkulturellen Kompetenztrainings schlägt Hegemann (o.J.)<sup>34</sup> vor, dass verschiedene Fragen zu Gesundheit und Krankheit erörtert werden sollten. Diese würden u.a. thematisieren:

- Individuelle Erlebnisse von Gesundheit und Krankheit- im Körper und in Beziehung
- Bestimmte Störungen des Wohlbefindens werden als krank eingestuft und andere nicht, welche?
- Ursachen von Gesundheit und Krankheit
- Unterschiedliche kulturelle Umgangsweisen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie z.B. Medizin, Diät; Entlastung von Pflichten und Aufgaben; Verhaltensänderung(/-en) vom 'Kranken' oder von anderen; Gebete, Riten

Aus dem genauen Studium in Lehre und Praxis von verschiedenen medizinischen Systemen, Theorien, Lebenswelten, etc. könne dann eine kritische Reflexion der eigenen Position(/-en), und auch Kriterienkatalogen wie ICD, DSM, sowie eine gemeinsame Suche nach passenden Lösungen, Heilungsstrategien, etc. folgen.<sup>35</sup>

### **Soziale Arbeit**

Etymologisch betrachtet stammt der Begriff sozial vom Lateinischen 'socius' für 'gemeinsam, verbunden, verbündet'.<sup>36</sup> Das Wort Arbeit hat bis zu seiner heutigen Bedeutung einen größeren Wandel erlebt. Aus dem Indogermanischen 'orbho-s = verwaist, Waise' entstand das germanische Wort 'arbejo = verwaist und deshalb zu harter Arbeit gezwungen'. Daraus wurden die Bedeutungen 'schwere körperliche Anstrengung, Mühsal und Plage', 'zweckmäßige Beschäftigung und das berufliche Tätigsein des Menschen'.<sup>37</sup>

Das Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit soll hier mit Informationen aus einem Aufsatz von Thole (o.J.)<sup>38</sup> umrissen werden. Soziale Arbeit wird hier als Oberbegriff für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Disziplin und Profession, Theorie und Praxis verstanden. Ihre historischen Wurzeln

<sup>34</sup>Hegemann o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.84f

<sup>35</sup>vgl. Hegemann o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.84f

<sup>36</sup>vgl. Wikipedia 2008c: Sozial <http://de.wikipedia.org/wiki/Sozial> 17.09.2008

<sup>37</sup>vgl. "Arbeit". In: Drodowski 2001, S.46. In: Palmsherm 2005, S.22

<sup>38</sup>vgl. Thole o.J.. In: Thole 2005, S.15ff

hat sie u.a. in den Erzieherischen Hilfen (z.B. Waisenhäusern), Kindertageseinrichtungen und Sozialen Diensten (Armen-, Alten- und Gesundheitsfürsorge; Hilfen in besonderen Lebenslagen; u.a.), als auch der Kinder- und Jugendarbeit (Jugendpflege, Jugendfürsorge, Jugendarbeit). Als heutige Einsatzfelder lassen sich zusammenfassen die Kinder- und Jugendhilfe, Soziale Hilfe, Altenhilfe und Gesundheitshilfe. Dort wird mitunter Lebenswelt- ergänzend, unterstützend und/oder ersetzend gearbeitet. Des Weiteren gibt es auch arbeitsfeldübergreifende Projektansätze. Theorien der Sozialen Arbeit gibt es unter verschiedenen Etiketten wie z.B. transzendental-philosophisch; geisteswissenschaftlich; marxistisch; emanzipativ, kritisch-materialistisch; interaktionistisch-phänomenologisch und psychoanalytisch orientiert. Dementsprechend werden unterschiedliche Theorieansätze verwendet. Dazu gehören u.a. der systemisch-theoretische Ansatz; der kritisch-subjektive/bildungstheoretische Ansatz; der ökosoziale Ansatz, der dienstleistungsorientierte Ansatz; der lebensweltliche Ansatz und der reflexive Ansatz. Als Forschungsperspektiven gibt es die Praxisforschung, die Professionsforschung sowie die Disziplinforschung.<sup>39</sup>

## **1.2 Ethnomedizin und andere Wissenschaftsgebiete<sup>40</sup>**

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den kulturellen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit, haben sich verschiedene Fächer etabliert, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Verankerung in die Kultur- (Ethnomedizin, Medizinethnologie; Medical Anthropology, Ethnomedicine) oder Naturwissenschaften (Medizinanthropologie), andere Ausrichtungen und Bezeichnungen haben.<sup>41,42</sup> Nach dem 2.

---

<sup>39</sup>vgl. Niemeyer o.J.. In: Thole 2005, S.123ff; Rauschenbach o.J.. In: Thole 2005, S.139ff; Thole o.J.. In: Thole 2005, S.15ff

<sup>40</sup>vgl. Bichmann u.a. 1985, S.17ff; Greifeld 2003, S.12ff; Hadolt u.a. WS 2003/04; Hadolt u.a. WS 2004/05; Pitterle 2007 <http://www.ethnomitschriften.at/index.php?pid=mitschriften#oben> 22.09.2008

<sup>41</sup>vgl. Greifeld 2003, S.12f

<sup>42</sup>Die regionalen Unterschiede sind hier nicht außer Acht zu lassen, da z.B. die

Weltkrieg fingen Ethnologen an sich für medizinische Kulturen und Systeme zu interessieren. Die bio-ökologischen und sozio-kulturellen Einflüsse zu Gesundheit und Krankheit wurden aus ethnologischem Standpunkt beobachtet.<sup>43</sup> Die daraufhin entstandene amerikanische Medical Anthropology hat vier disziplinarische Vorläufer: Die physische Anthropologie<sup>44</sup>, die Ethnomedicine<sup>45</sup>, die Kultur- und Persönlichkeitsforschung<sup>46</sup> und die International Public Health Forschung<sup>47</sup>. Die Medical Anthropology bzw. die Ethnomedizin ist in ihrer breitesten Bedeutung eine „transkulturell vergleichende Gesundheitsforschung“<sup>48</sup>. In diesem Sinne ist sie eine interdisziplinäre (zwischen Bio-, Sozial- und Kulturwissenschaften), anwendbare Wissenschaft, „die Voraussetzungen dafür schafft, dass Problemlösungen entwickelt werden können“<sup>49,50</sup>. Durch die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. in Heidelberg im Jahr 1970 wurde diese Forschungsrichtung im deutschsprachigen Raum gefördert.<sup>51</sup> Das Interesse für diese Arbeit ging z.T. von einer vermehrten Unzufriedenheit und Kritik an der Medikalisierung des Gesundheitswesens und einer deswegen zeitweilig romantischen Idealisierung traditioneller Medizinsysteme in fremden Kulturen aus. Des Weiteren rückten die Anstrengungen der WHO stärker ins Blickfeld, die mit dem Programm 'Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000' eine medizinische Globalstrategie entworfen hatte.<sup>52</sup>

deutschsprachige Ethnomedizin als Synonym für die englischsprachige Medical Anthropology und nicht ihre Unterdisziplin Ethnomedicine verwendet wird. (vgl. Bichmann u.a. 1985, S.21f)

<sup>43</sup>vgl. Bichmann u.a. 1985, S.19

<sup>44</sup>u.a. auch Kultur- u. Sozialanthropologie (vgl. Bichmann u.a. 1985, S.21)

<sup>45</sup>Z.B. Studie: „Medicine, Magic and Religion“ von William Hales Rivers (1924) (vgl. Greifeld 2003, S.14f)

<sup>46</sup>führte zur systematischen Entwicklung von Ethno- bzw. Transkultureller Psychiatrie (vgl. Bichmann u.a. 1985, S.22f)

<sup>47</sup>vgl. Bichmann u.a. 1985, S.21ff

<sup>48</sup>Bichmann u.a. 1985, S.29

<sup>49</sup>Bastide 1971, S.187. In: Bichmann u.a. 1985, S.29

<sup>50</sup>vgl. Bichmann 1985, S.29

<sup>51</sup>vgl. Bichmann u.a. 1985, S.17

<sup>52</sup>vgl. Bichmann u.a. 1985, S.18; WHO 1981. In: Bichmann u.a. 1985, S.18

Als medizinethnologische Arbeitsfelder führt Greifeld (2003) an:

- Analyse und Beschreibung von Phänomenen rund um Wohlbefinden und Missbefinden
- Betonung der großen kulturellen Unterschiede im Krankheitsverständnis
- Erforschung der Beziehung zwischen Krankheit und Migration
- Transkulturelle Psychiatrie
- Umgang mit Geburt, Tod, Initiationen, Schmerz, usw.
- Synkretismus verschiedener medizinischer Systeme
- Herstellung sogenannter virtueller Welten, wie z.B. Schamanen in Trance oder per neuer Technologie (Röntgen, Ultraschall, etc.) zugänglich
- Sexualität, HIV/AIDS, Beschneidung, u.a.<sup>53</sup>

Eine weitere Forschungsrichtung stellen seit über 40 Jahren die britischen Cultural Studies (CS) dar. In diesem sehr weitangelegten interdisziplinären Arbeitsfeld wurden verschiedene Theorien und Ansätze entwickelt. Das „Ziel der CS ist die Analyse und Kritik kultureller Praxen“<sup>54</sup>. Sie analysieren Kultur immer in ihrem Kontext und sehen die Idee einer verbindlichen Kultur für alle (Gesellschaftsmitglieder) als ein Trugbild an. Außerdem betrachten sie Kultur als Mittel, mit dem Macht ausgeübt und soziale Ungleichheiten aufrechterhalten werden. Aus dem Standpunkt von Minderheiten werden auch Widerstandsformen und Widersprüche in Gesellschaften herausgearbeitet.<sup>55</sup>

### **1.3 Unterschiedliche medizinische Systeme bzw. Krankheitskonzepte**

#### **Traditionelle und moderne Medizin**

Eine der bekanntesten Dichotomien medizinischer Systeme ist die Unterscheidung zwischen

- traditioneller<sup>56</sup> (alternativer, abergläubiger, irrationaler) Medizin

<sup>53</sup>vgl. Greifeld 2003, S.30ff

<sup>54</sup>Kalpaka o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.33

<sup>55</sup>vgl. Kalpaka o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.32ff

<sup>56</sup>Nach der WHO:

„Traditional medicine has a long history. It is the sum total of the

und

- modernen (westlicher, kosmopolitischer, rationaler und logischer) Schul- bzw. Biomedizin<sup>57</sup>.

Greifeld warnt hier vor Pauschalisierung und ungenauer Verallgemeinerung. Nicht nur gibt es z.B. innerhalb Afrikas oder Indiens viele verschiedene medizinische Systeme, aber auch an vielen Orten sind Vermischungen von unterschiedlichen Traditionen geschehen, die das komplexe Bild der Gesundheitsversorgungssysteme mitgestaltet haben.<sup>58</sup> In verschiedenen Ländern hat es seit langer Zeit eine Vielzahl von unterschiedlichen Medizinischen Systemen gegeben. Z.T. wurden sie traditionell von Generation zu Generation weitergegeben, z.T. sind sie durch Migration aus anderen Erdteilen eingeführt worden. Z.B. in Ostafrika haben neben traditionellen Systemen Einflüsse der asiatischen, arabischen, als auch der Kolonialmedizin die Lage dort mitgeformt.<sup>59</sup> In der Kolonialzeit wurden, um die moderne Medizin in den Kolonien zu etablieren, die bestehenden Strukturen oft systematisch unterdrückt. Das hinterlassene Chaos und die veränderten Strukturen sind bis in die heutige Zeit in ehemaligen Kolonien vorhanden.<sup>60</sup> Nicht nur in medizinischer aber auch in allgemein kultureller Hinsicht haben sich die Lebensverhältnisse teils mehr, teils weniger stark verändert. Ein akzeptierender, integrierender und paralleler Ansatz von verschiedenen Medizinsystemen nebeneinander ist so in letzter Zeit vermehrt in Diskussionen aufgekommen und auch praktisch umgesetzt worden. Ein solcher sogenannter medizinischer Pluralismus bzw. Synkretismus hat

---

knowledge, skills and practices based on the theories, beliefs and experiences indigenous to different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health, as well as in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illnesses. The terms complementary/alternative/non-conventional medicine are used interchangeably with traditional medicine in some countries.<sup>a</sup>“The term complementary and alternative medicine is used in some countries to refer to a broad set of health care practices that are not part of the country’s own tradition and are not integrated into the dominant health care system.“ (WHO 2000 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2000.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf) 17.09.2008, S.1)

<sup>57</sup>vgl. Greifeld 2003, S.12ff; Hadolt u.a. WS2003/04; Hadolt u.a. WS2004/05;

Pitterle 2007 <http://www.ethnomitschriften.at/index.php?pid=mitschriften#oben> 22.09.2008, S.5

<sup>58</sup>vgl. Greifeld 2003, S.13f

<sup>59</sup>vgl. Bichmann u.a. 1985, S.34; Hadolt u.a. WS2004/05

<sup>60</sup>vgl. Bichmann u.a. 1985, S.33ff

den Vorteil, dass die Patienten je nach ihrer kulturellen und sonstigen Situation die jeweiligen medizinischen Maßnahmen wählen können. Außerdem werden weder die traditionellen Systeme unterdrückt, noch die modernen, sofern sie wirksam sind, eingeschränkt.<sup>61</sup>

### **Beispiel: Medizin im Islam**

Da der Islam als Religion die (frommen) Muslime/Muslimas in (so gut wie) allen Teilen des Lebens begleitet, nimmt er auch eine große Bedeutung im Umgang mit Gesundheit und Krankheit ein. Neben dem festen System von Glaubenssätzen und rituellen Handlungen gibt es auch klare Vorschriften für andere Aspekte des Lebens, wie Gemeinschaft, Familie, Arbeit, usw.. Es gibt auch Ähnlichkeiten und Parallelen zum Christentum. Gesundheit bzw. Wohlbefinden im Diesseits und im Jenseits wird dem versprochen, der Allah (Gott) richtig dient, d.h. nach den Regeln des Islam lebt und stirbt. Krankheit kann jedoch nicht nur Strafe Allahs auf eigenes schuldhaftes Verhalten, sondern auch eine Art der Prüfung von Allah für den Menschen sein. Das Leben des Menschen wird auf drei Ebenen begriffen, je nach denen es auch verschiedene Krankheiten und Krankheitsursachen, sowie Heilungsstrategien bzw. Wege zur Aufrechterhaltung der Gesundheit gibt: Der Körper erkrankt z.B. wegen Essen oder Trinken von Verbotenem (z.B. Alkohol, Schweinefleisch), dem klarer Weise mit dem Unterlassen des sündigen Konsums abgeholfen werden kann. Die Seele erkrankt z.B. wegen Heuchelei, Glaubenszweifeln oder fehlender Frömmigkeit. Diesen kann u.a. begegnet werden mit Gedanken an Allah, den rituellen oder freiwilligen Gebeten, gute Taten vollziehen und schlechte Taten unterlassen. Die Gemeinschaft erkrankt z.B., wenn sich Sündhaftigkeit unter ihr ausbreitet, die Regeln des Islams nicht mehr beherzigt oder die Muslime/Muslimas unter ihnen an der Praktizierung des Islam gehindert werden. Hier könnte das umfassende islamische religiöse System wiederhergestellt werden, um die krankhafte (muslimische) Gemeinschaft zu heilen.<sup>62</sup>

<sup>61</sup>vgl. Bichmann u.a. 1985, S.161ff; Diesfeld o.J.. In: Rudnitzki u.a. 1977, S.7ff; Greifeld 2003, S.31f; Hadolt u.a. WS2003/04; Hadolt u.a. WS2004/05; Pitterle 2007 <http://www.ethnomitschriften.at/index.php?pid=mitschriften#oben> 22.09.2008, S.2

<sup>62</sup>vgl. Rüschoff u.a. 2005; auch Informationen und Erfahrungen aus intensiver



## **Culture-Bound Syndromes**

In den 1950er und 60er Jahren gab es in der Medizinethnologie die Kategorie 'Folk illness'. Der Begriff wurde verwendet, um Krankheitskategorien zu beschreiben, die in keine bekannten Muster passten und sich auch nicht anders erklären ließen.<sup>63</sup> Er war Vorläufer der sogenannten 'Culture-Bound Syndromes (Im Dt.: Kulturspezifische/Kulturgebundene Syndrome)'. Jene Bezeichnung wurde von Forschern auf (geistige) Krankheiten angewandt, die nicht in das 'europäische Klassifikationssystem' passten und deshalb vermutlich spezifisch zu der jeweiligen Kultur seien.<sup>64</sup> Über nicht-euroamerikanische Gesellschaften gibt es bereits eine Reihe Forschungen zu Culture-Bound Syndromes, wobei sie zu dem euroamerikanischen Raum erst im Anfang begriffen sind.<sup>65</sup> Obwohl sie zwar als Mittel gelten, um „Unerklärliches zu erklären“<sup>66</sup>, wird ihnen z.B. für die psychiatrische Praxis ein minimaler Wert zugesprochen. Nach Kiev (1972)<sup>67</sup>, sind sie sogar meistens nur Varianten von ernsthaften funktionalen Psychosen und Neurosen, also keine neuen oder fremden diagnostischen Kategorien, sondern denen der euroamerikanischen Medizin ähnlich.<sup>68</sup> Zum Beispiel sind Banga und Misala Oberbegriffe für jegliche Geisteskrankheiten. Latah in Malaysia ist wahrscheinlich eine kulturspezifische Form der Hysterie.<sup>69</sup> Susto in Lateinamerika bezeichnet eher eine Krankheit als ein Syndrom. Der Begriff bezieht sich auf den zeitweisen Verlust der Seele (eines Körpers) wegen Überlastung.<sup>70</sup>

---

persönlichen Auseinandersetzung mit dem Islam

<sup>63</sup>vgl. Greifeld 2003, S.24

<sup>64</sup>vgl. Greifeld 2003, S.23ff; Rack 1982, S.148f

<sup>65</sup>vgl. Greifeld 2003, S.23f

<sup>66</sup>Greifeld 2003, S.24

<sup>67</sup>vgl. Kiev 1972. In: Rack 1982

<sup>68</sup>vgl. Kiev 1972. In: Rack 1982, S.148

<sup>69</sup>vgl. Rack 1982, S.148

<sup>70</sup>vgl. Greifeld 2003, S.24ff; Rack 1982, S.148

## **2. Hauptteil**

### **2.1 Was für eine Bedeutung hat der kulturell-unterschiedliche Umgang mit Gesundheit und Krankheit für die Soziale Arbeit?**

#### **Soziale Arbeit im Bereich Gesundheit**

Obwohl Gesundheitsdienste für die Soziale Arbeit nur zweitrangige Beschäftigungsfelder sind, waren im Jahr 2005 ca. ¼ der SozialarbeiterInnen im Gesundheitswesen angestellt.<sup>71</sup> Dort engagieren sie sich u.a. für eine Alltagsintegration von PatientInnen, in sozialen, ökonomischen, rechtlichen und verwaltungsbezogenen Angelegenheiten. In verschiedenen Arbeitsfeldern (z.B. Stadtteil, Schule, Betrieb, Familie, u.a.)

„betont Soziale Arbeit die soziale Funktion von Gesundheit und Krankheit in spezifischer Weise: als Hilfe zur sozialen Integration durch Vermittlungsleistung zwischen (kranker) Person, Gemeinschaft und Gesellschaft.“<sup>72</sup>

Historisch hat die Soziale Arbeit generell hervorgehoben, dass gesundheitliche Probleme immer auch soziale Komponenten haben, z.B. im Zusammenhang mit Armut, Benachteiligung oder Ausgrenzung stehen. Soziale Arbeit ist in vielfältigen gesundheitsbezogenen Einrichtungen zu finden. Zu den Aufgaben gehören u.a. die Mitarbeit

„in der Bewältigung chronischer Krankheiten, z.B. Asthmaschulung, bei Diabetes, aber auch in der AIDS-Beratung, der Drogenberatung, in vielen Bereichen der Prävention, in der Pflege, in der Frühförderung, der Psychiatrie und in der Hospizbewegung.“<sup>73</sup>

Somit kann das Arbeitsfeld Gesundheit für die Soziale Arbeit grundlegend in drei Bereiche untergliedert werden:

1. Die traditionelle Sozialarbeit im Gesundheitswesen (z.B. Präventive Programme klären über Gesundheitsrisiken auf; Arbeit in REHA-Kliniken als CasemanagerInnen; u.a.)
2. Mitwirkung bei der Gesundheitsförderung in Bereichen außerhalb der (Sozial-)pädagogik
3. Gesundheitsförderung in Feldern der Sozialen Arbeit<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup>vgl. Homfeldt o.J.. In: Thole 2005, S.317ff

<sup>72</sup>Homfeldt o.J.. In: Thole 2005, S.318

<sup>73</sup>Homfeldt o.J.. In: Thole 2005, S.320

<sup>74</sup>Im ersten Feld wird nach dem Risikofaktorenmodell Erklärungswissen bereit

## **Interkulturelle Soziale Arbeit im Feld von Gesundheit und Krankheit:**

In Hinblick auf die Soziale Arbeit im multikulturellen Umfeld ist die 'Interkulturelle Kompetenz' der Professionellen sehr entscheidend.<sup>75</sup> Hegemann (o.J.)<sup>76</sup> definiert diese als „Fähigkeit, mit Menschen eines fremden kulturellen Hintergrundes kommunizieren zu können.“<sup>77</sup> Dazu gehören u.a. Kenntnisse über die Kultur des Gegenüber und Klarheit über die eigene Kultur; Bewusstsein über die Relativität von Werten und die Vermeidung von Stereotypen; verbale und nonverbale für beide Kulturen akzeptable Ausdrucksmöglichkeiten; die Fähigkeit der Realitäts- und Lösungsfindung für Menschen unterschiedlicher Kulturen, als auch die Fähigkeit mit DolmetscherInnen arbeiten zu können.<sup>78</sup>

Dass nicht pauschal von homogenen Kulturen der MigrantInnen gesprochen werden kann, gibt Radice von Wogau (o.J.)<sup>79</sup> zu bedenken. Sie betont, dass durch die Auseinandersetzung zwischen Kultur im Heimat- und Einwanderungsland voneinander gelernt und Elemente übernommen werden können, wodurch neue Mischkulturen entstehen.<sup>80</sup> Gerade bei jungen Flüchtlingen wird mit den Erfahrungen von Fremdheit und Anpassungsproblemen ein Bruch der Identität bewirkt.<sup>81</sup> Die Wichtigkeit, sich vor Stereotypisierungen in Acht zu nehmen wird klar,

---

gestellt, „das die Wahrnehmung über mögliche Zusammenhänge von Krankheit und psychosozialer Dimension schärft.“ (Homfeldt o.J.. In: Thole 2005, S.318) Der erste Bereich folgt einem pathogenetischem und der zweite und dritte einem salutogenetischem Konzept. In der Salutogenese ist die Person nicht nur Symptomträger sondern auch ausgestattet mit Potentialen und Ressourcen, die es zu erkennen und zu stärken gilt. (vgl. Homfeldt o.J.. In: Thole 2005, S.318, 320ff)

<sup>75</sup>vgl. Eimmermacher u.a. 2004; Eimmermacher u.a. o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.8f, 118f; Hegemann o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.79ff; Kalpaka o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.31ff; Rack 1982, S.7ff, 242ff u.a.; Tan u.a. o.J.. In: Thole 2005, S.387ff; WOGÉ e.V. u.a. 2000, S.34f

<sup>76</sup>vgl. Hegemann o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.79ff

<sup>77</sup>Hegemann o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.91

<sup>78</sup>vgl. Hegemann o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.79ff

<sup>79</sup>vgl. Radice von Wogau o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.57

<sup>80</sup>vgl. Radice von Wogau o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.57, u.a.

<sup>81</sup>vgl. WOGÉ e.V. u.a. 2000, S.359ff, 579f

wenn man bedenkt, dass es z.B. *'Die kurdische Frau'* gar nicht gibt, sondern von traditionell über modern-kemalistisch bis hin zu westlich-freizügig kurdische Frauen sehr unterschiedlich sind.<sup>82</sup> Um Missverständnissen vorzubeugen und eigene Vorurteile korrigieren zu können, wird daher empfohlen, direkt und detailliert bei den KlientInnen nachzufragen.<sup>83</sup>

Rack merkt auch an, dass einige der spezifischen Verhaltensweisen von bestimmten MigrantInnen aus ihrer ländlichen Herkunft und nicht der landesspezifischen Kultur kommen, so z.B. der bäuerliche Hintergrund von GastarbeiterInnen und ihre Skepsis ggü. Autoritäten, sowie ihre Hemmungen, (psychische) Therapie o.a. im Einwanderungsland in Anspruch zu nehmen.<sup>84</sup> Auch andere Faktoren außer den Umgangsweisen mit Gesundheit und Krankheit spielen hier eine Rolle, wie z. B. wenn einige Eingewanderte, u.a. aus ländlichen Gebieten gerade SozialarbeiterInnen misstrauisch und unkooperativ ggü. stehen, weil sie mit der Profession nichts anfangen können und den Sinn ihres Eingreifens, vielen Nachfragens bzw. 'Herumschnüffeln in ihrer Privatsphäre' nicht nachvollziehen können.<sup>85</sup>

Um (psychische) Krankheiten in ethnischen Minderheiten kennen und einschätzen zu lernen, sollte erst einmal in Betracht genommen werden, dass nur die (psychischen) Krankheiten als solche erkannt werden, die in der Gesellschaft von Laien oder Ärzten als (psychische) Krankheiten gesehen, interpretiert bzw. definiert werden. Dies berührt unmittelbar den Kernpunkt dieser Studienarbeit. Rack betont zwar, dass es auch Gemeinsamkeiten in der Ausprägung und dem Umgang mit (psychischen) Krankheiten über regionale und kulturelle Grenzen hinweg gibt und diese sogar ggü. den Unterschieden überwiegen, dass uns jedoch die Verschiedenheiten hier beschäftigen, da diese zu Fehldiagnose und falscher Behandlung führen können.<sup>86</sup> Z.B. eine junge pakistanische Frau, die sich kokett (kess) gegenüber ihrem Ehemann und anderen Männern verhielt. Vehement forderte sie ihr Recht auf eigene Meinungen ein und

---

<sup>82</sup>vgl. Hegemann o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.80

<sup>83</sup>vgl. Eberding o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.98f

<sup>84</sup>vgl. Rack 1982, S.40ff

<sup>85</sup>vgl. Rack 1982, S.51

<sup>86</sup>vgl. Rack 1982, S.97

stellte ihren Ehemann vor die Wahl, er könne sie verlassen, wenn er ihr Verhalten nicht mochte. Die nahen Verwandten waren sich einig, dass sie wahnsinnig geworden sei und brachten sie in die Psychiatrie. Dort wurde jedoch keine psychische Krankheit festgestellt, sondern nur eine vergnügte, extrovertierte und ungehemmte Frau. Ein Psychiater, der die pakistanische Kultur kannte, war dann in der Lage, klarzustellen, dass solches Verhalten äußerst untypisch in dieser Kultur und wahrscheinlich auf eine Hypomanie zurückzuführen sei.<sup>87</sup> Im Gegensatz dazu ist es möglich, dass sich eine Person in einer Art und Weise verhält, dass es für die/den Professionelle/n abnormal und vermutlich psychisch krank wirkt, in der Heimatkultur der Person jedoch völlig normal und verständlich ist. Eine andere Möglichkeit könnte sein, dass beide Seiten das Verhalten einer Person als unnormal einstufen, jedoch unterschiedliche Ursachen- und Zustandsdiagnosen anstellen. Z.B. in einem Teil Afrikas wird davon gesprochen, dass der Patient von einem bösen Geist besessen sei.<sup>88</sup> Der gleiche Patient wird vielleicht von einem britischen (oder deutschen) Psychiater als psychisch krank eingestuft. Selbst die Mechanismen der Heilungswege und Reintegration in die Gesellschaft können ähnlich sein, wie z.B. Isolation, Medikation, Pause von Arbeits- und sozialen Pflichten, die Schuld nicht im Patienten sondern etwas anderem (böser Geist; Krankheit) sehen, usw.. Die zugrundeliegenden Verständnis- und Erklärungsmodelle sind jedoch sehr verschieden.<sup>89</sup> Zu einem solchen Beispiel (hier Krankheitsursache 'böser Blick'<sup>90</sup>) schlägt Oesterreich (o.J.)<sup>91</sup> eine interessante Herangehensweise vonseiten des Professionellen vor:

„Sie haben mir erklärt, dass Sie vom bösen Blick getroffen worden seien und dass Ihre Beschwerden damit zusammen hängen. Bei uns sehen wir Ihre Beschwerden als Ausdruck einer Krankheit an, die wir Psychose nennen. Unabhängig davon, wie Sie oder wir die Ursache Ihrer Beschwerden erklären, haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Medikamente, die ich Ihnen verordnen möchte, helfen, die Gedanken wieder zu ordnen, die Ängste zu mindern und den Schlaf zu regulieren.

---

<sup>87</sup>vgl. Rack 1982, S.97f

<sup>88</sup>s. zu Geisterbesessenheit auch Laabdallaoui u.a. 2005, S.36ff

<sup>89</sup>vgl. Rack 1982, S.98ff

<sup>90</sup>s. zu bösem Blick auch Laabdallaoui u.a. 2005, S.36ff

<sup>91</sup>vgl. Oesterreich o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.161ff

Sind Sie bereit, das auszuprobieren?<sup>92</sup>

Sie fügt mit Verweis auf Littlewood (2001)<sup>93</sup> hinzu, dass Krankheitsbezeichnungen sowohl Strategien, Erklärungen, als auch Ideen und Realitäten seien, die mit Patienten und Angehörigen geklärt und ggf. in Frage gestellt werden sollten.<sup>94</sup>

Ein anderer relevanter Aspekt von kulturellen Unterschieden in Hinblick auf Medizin sind unterschiedliche Körperbilder. In der Türkei z.B. drückt 'Cîgerim yaniyor = Meine Leber brennt' einen starken psychischen oder physischen Schmerz aus. 'Cigerim kösesi = meine Leberecke' dagegen ist ein sehr zärtlicher Kosenamen wie das deutsche 'Herzchen'. Da der Nabel als Körpermittelpunkt gesehen wird, heißt auch ein ähnlicher Ausdruck wie im Deutschen 'das Herz rutscht in die Hose', 'göbek düsmesi = gefallener Nabel'.<sup>95</sup>

In Hinblick auf die Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung im Heimatland vonseiten der MigrantInnen, wird in verschiedener Literatur auf Angst und Stigmatisierungen hingewiesen, die mitunter stark hinderlich sein können. Dies wird u.a. auf Scham zurückgeführt, psychische Krankheiten in und außerhalb der Familie zuzugeben wegen damit verbundenen Stigmatisierungen, Schlechterstellungen, usw.. Außerdem wird erwähnt, dass in vielen sog. Entwicklungsländern Psychiatrien große Ähnlichkeiten mit Gefängnissen haben, da nur Personen als wahnsinnig bezeichnet werden, die auch gewalttätig sind. Auch Elektroschock-Therapie ist ein gängiges Behandlungsmittel und Brutalität an der Tagesordnung. In früheren Kolonien sind Psychiatrien auch zur Unterdrückung der Einheimischen, z.T. Schwarzen durch die Kolonialherren bzw. Weißen missbraucht worden. Sogar noch zur Zeit der Veröffentlichung von Racks Buch in 1982 wurden Psychiatrien zur Aufrechterhaltung der Apartheid in Südafrika politisch missbraucht. In Ländern unter totalitären Regimen werden in Psychiatrien auch politische Umerziehungsmaßnahmen und Foltern durchgeführt. Auch wenn in manchen Ländern die Verhältnisse mittlerweile anders sind, ist die Zeit

---

<sup>92</sup>Oesterreich o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.165

<sup>93</sup>Littlewood 2001. In: Oesterreich o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.165

<sup>94</sup>vgl. Eimmermacher u.a. o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.115f; Oesterreich o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.165

<sup>95</sup>vgl. Eberding o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.94f

und der damit verbundene Schrecken nicht allzu lange her. Bei MigrantInnen mit solchen Hintergründen ist es wohl ganz und gar verständlich, wenn sie mit Angst und Schrecken auf einen Vorschlag oder Einweisung in die Psychiatrie reagieren- auch wenn deutsche (englische, u.a.) Psychiatrien weit weg von oben beschriebenen Verhältnissen sind. Eimmermacher u.a. gehen von einer generellen Unternutzung psychosozialer und medizinischer Einrichtungen vonseiten der MigrantInnen aus vielfältigen Gründen aus.<sup>96</sup>

In Bezug auf die Verhaltensweise der Professionellen/ (Sozial-)ArbeiterInnen/ TherapeutInnen ggü. den KlientInnen wird von vieler Seite angemerkt, dass PatientInnen aus anderen Kulturen aufgrund ihrer unterschiedlichen Erwartungen und Erfahrungen aus dem Herkunftsland, verwundert, enttäuscht und unzufrieden mit den hiesigen Verhältnissen seien könnten.<sup>97</sup> Beispielsweise jemand ist es gewohnt, bei Problemen zu einem/r Weisen zu gehen und dann seinen/ihren Ratschlägen zu folgen und auf einmal sagt ihm ein Therapeut, er würde ihm nicht vorschreiben, was er tun soll, aber vielleicht könnten sie es zusammen erarbeiten. Diese/r PatientIn wäre möglicherweise völlig vor den Kopf getroffen. Die Frage, die sich nun an die Professionellen richtet ist, in wie fern sie auf die Erwartungen bzw. Kultur der PatientInnen eingehen können und in wie weit sie versuchen ihren eigenen vertrauten Ansatz durchzusetzen, von den PatientInnen erwartend, dass sie ihm folgen?<sup>98</sup> Hier wird von WOGÉ e.V. u.a. (2000) im Kontext von Kinderflüchtlingen angemerkt, dass ein Zwang zur Anpassung unbedingt vermieden werden sollte.<sup>99</sup> Ein angemessenes Wissen über medizinische Vorstellungen und Heilmethoden der Heimatkultur(en) der KlientInnen wird auch unbedingt angeraten,

„nicht um sie unmittelbar anzuwenden, sondern um als Verständnisbrücke zu dienen und zur Entwicklung adäquater

---

<sup>96</sup>vgl. Birck u.a. o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.155; Eimmermacher u.a. o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.104ff; Oesterreich o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.164; Rack 1982, S.171ff

<sup>97</sup>vgl. Oesterreich o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.164f; Rack 1982, S.174ff; WOGÉ e.V. u.a. 2000, S.30f

<sup>98</sup>vgl. Rack 1982, S.174ff

<sup>99</sup>vgl. WOGÉ e.V. 2000, S.580

Heilungsmethoden beizutragen.<sup>100</sup> „Verschiedene Haltungen zu Heilung und Krankheit sollten einbezogen werden und es werden nur Therapieansätze weiterhelfen, die an Vermittlungspunkten zwischen den unterschiedlichen Anschauungen ansetzen bzw. neu entwickelt werden.“<sup>101</sup>

Die schulmedizinischen Ansätze würden die PatientInnen oft nicht erreichen.<sup>102</sup> Als Therapiegrundlage wird generell eine systemisch-interkulturelle Sichtweise empfohlen, um das soziale Umfeld miteinzubeziehen und die verschiedenen kulturellen Aspekte mitzubersichtigen. Dazu wird die Supervidierung und Weiterbildung von SozialarbeiterInnen zusammen mit anderen Professionellen, wie ErzieherInnen und LehrerInnen angeraten, um ein stützendes Netzwerk aufzubauen.<sup>103</sup> Gerade bei Muslimen/Muslimas kommt oft die Frage auf, ob bestimmte Therapieansätze islamisch erlaubt oder verboten seien (z.B. bei leiborientierten Verfahren, Mitteilen von Intimitäten, gegengeschlechtlichen Behandlungen, u.a.). Dazu resumieren Laabdallaoui u.a. (2005), dass durch die Konsultation eines muslimischen Therapeuten oder Gelehrten eine eigene Entscheidung bezüglich einer Behandlung gefällt werden müsse. Sie fügen hinzu, dass sich allgemein bei MigrantInnen die handlungsorientierte Verhaltenstherapie bewährt hat.<sup>104</sup>

Es gibt auch MigrantInnen, die übertriebene Heilserwartungen an die 'westliche' Medizin mitbringen und sich nur nach den Anweisungen der Professionellen richten möchten. Birck (o.J.) vermutet, dass diese Erwartungen enttäuscht werden.<sup>105</sup>

Hier kommt auch ganz entscheidend die Rolle von Kommunikation und Compliance (Einverständnis, Fügsamkeit) der PatientInnen und ggf. deren Familie(n) ins Spiel.<sup>106</sup> Es ist vorstellbar, dass, u.a. durch kommunikative Schwächen Missverständnisse geschehen. Z.B. ein höfliches Kopfnicken heißt dann nicht unbedingt verstanden und die Nichtwahrnehmung einer Möglichkeit zum Widersprechen oder

<sup>100</sup>WOG E.V. u.a. 2000, S.31

<sup>101</sup>WOG E.V. u.a. 2000, S.32

<sup>102</sup>vgl. WOG E.V. u.a. 2000, S.30f

<sup>103</sup>vgl. Eimmermacher u.a. 2004; WOG E.V. u.a. 2000, S.587f

<sup>104</sup>vgl. Laabdallaoui u.a. 2005, S.169ff

<sup>105</sup>vgl. Birck u.a. o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.155f

<sup>106</sup>vgl. Bichmann u.a.1985, S.30f; Eberding o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.92ff



Nachfragen, ist vielleicht nur Ausdruck dafür, dass dies als unhöflich angesehen wird oder die Person wegen ihrer sprachlichen Schwäche aufgibt, genau zu verstehen.<sup>107</sup> Auch die unterschiedlichen kulturellen Überzeugungen können die Compliance vermindern. Z.B. die türkische Familie eines Patienten ist der Überzeugung, dass je besser ihr Kind (Patient) ernährt wird, desto eher wird es gesund. Die strenge Diätsanordnung des Arztes wurde aber entweder aus mangelnden sprachlichen Fähigkeiten nicht wahrgenommen, oder sie macht aus Sicht der Familie keinen Sinn und deshalb setzen sie sich darüber hinweg, bringen stetig neue Süßigkeiten und fettige Speisen mit. Wenn die Fachkraft dieses Verhalten durchschaut oder in Nachfrage herausbekommen hat, könnte sie z.B. mit der Familie zusammen überlegen, wie diese den Patienten ernähren oder verwöhnen kann ohne seiner Gesundheit zu schaden.<sup>108</sup> Auf jeden Fall sollte genügend Zeit und Geduld investiert werden, sowie ggf. ein gutes Wörterbuch, Gestik/Mimik und eine muttersprachliche Fachkraft bzw. DolmetscherIn, um Missverständnisse möglichst zu vermeiden.<sup>109</sup>

Im Hinblick auf unterschiedliche Familienstrukturen und Rollenverhältnisse wird angeführt, dass es durchaus von Bedeutung sei, diese zur Kenntnis und ernst zu nehmen, sowie auch, wenn möglich, daran in der Therapie anzuknüpfen, u.a.. in der Konsultation und Miteinbeziehung von Verwandten. Die jeweiligen kulturellen Besonderheiten müssten hier beachtet werden, z.B. in wie fern eine Frau in Anwesenheit von anderen bestimmte Dinge sagen oder nicht sagen darf, usw..<sup>110</sup>

An diesem Punkt kommt auch die Frage nach dem Umgang mit den traditionellen Heilmethoden der PatientInnen auf. Rack zeigt auf, dass es psychologische Hindernisse für eine Zusammenarbeit gibt. Z.B. in Indien dagegen gäbe es eine fruchtbare Kooperation verschiedener Heiler, die jedoch in England aus verschiedenen Gründen nicht so funktioniert. Vorurteile gegenüber fremden 'nichtwissenschaftlichen' Kultur- und Medizinsystemen (Magie, Hexerei, usw.) spielen da scheinbar eine große

<sup>107</sup>vgl. Eberding o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.95ff

<sup>108</sup>vgl. Eberding o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.93f, 96ff

<sup>109</sup>vgl. Eberding o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.100

<sup>110</sup>vgl. Rack 1982, S.178f

Rolle. Nichtsdestotrotz gibt es Hoffnung, dass nötige Brücken und Übereinkünfte etabliert werden können. Gerade wegen der Streitigkeiten zwischen Orthodoxie und Unorthodoxie der Ärzte stellt er hier die Frage auf, ob klinische Psychologen/Innen und SozialarbeiterInnen besser in der Lage sein würden, diese Aufgabe mit einer weniger begrenzten Sicht anzugehen.<sup>111</sup>

In Bezug zur 'wissenschaftlichen' Reaktion auf 'unwissenschaftliche' Überzeugungen (z.B. Hexerei, Spiritualität, u.a.) beschreibt Rack verschiedene Handlungsoptionen. Er schlägt vor, einen Mittelweg auf gemeinsamem Boden anzustreben. Dabei sollte weder das medizinische System des Gegenüber übernommen werden, noch es lächerlich gemacht, mit zu starker Ungläubigkeit abgestoßen oder es verändert werden. Es sollte ein Kompromiss gesucht werden, z.B. die Vorstellungen der PatientInnen in unsere eigenen Konzepte zu übersetzen und dann damit zu arbeiten.<sup>112</sup> Birck u.a. (o.J.)<sup>113</sup> bewerten traditionelle Heilrituale als sehr wichtig für die sozialen Gefüge, sowohl als Erklärungsmuster, als Entlastung und zur Stärkung der Würde des Erkrankten und seiner Familie.<sup>114</sup>

Gerade im Hinblick auf interkulturelle Arbeit zeigt Eimmermacher (o.J.)<sup>115</sup> auf, dass eine umfassende Netzwerkarbeit sehr wichtig ist. Diese sollte u.a. bestehen aus einem persönlichen Netzwerk (Familie, Freunde, Arbeit, usw.), der Migranten-Community (Kultur- und Begegnungszentren, Clubs, usw.), Institutionen und Organisationen (in der Kommune, wie Sozial-, Jugend- und Gesundheitsamt, Fachdienste und Einrichtungen wie Kindergarten, Schule, Ausländerbeirat, usw.) und Nachbarn, Vereine und Gruppen (Sport, Musik, Kultur, usw.).<sup>116</sup>

Als relevantes Arbeitsfeld soll die interkulturelle Schulsozialarbeit hier

---

<sup>111</sup>vgl. Rack 1982, S.180ff, 190ff

<sup>112</sup>vgl. Rack 1982, S.193ff

<sup>113</sup>vgl. Birck u.a. o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.156

<sup>114</sup>vgl. Birck u.a. o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.156

<sup>115</sup>vgl. Eimmermacher o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.65ff

<sup>116</sup>vgl. Eimmermacher o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.65ff; Flubacher o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.138; Horn o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.176f; Oesterreich o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.173

überblicksartig vorgestellt werden.<sup>117</sup> Hierbei wird das Aufeinandertreffen von verschiedenen Kulturen und ihren Vorstellungen v.a. zu einer gesunden sozialen Gemeinschaft, Rollenverhalten und Erziehung deutlich.

Konflikte aus der Begegnung der Kinder/ Jugendlichen:

- traditionelle vs. moderne Geschlechterrollen/ Patriarchat vs. Gleichberechtigung
- Ehre der Familie/ vermittelte Heirat vs. eigenverantwortliche Partnerschaftssuche
- Keuschheit vs. Freizügigkeit
- Fehlendes Zugehörigkeitsgefühl bzw. Identifikation mit der hiesigen Gesellschaft; dadurch u.a. Zögern in Übernahme von sozialer Verantwortung
- Körperliche Züchtigung als Erziehungsmittel führen zu Gewalt unter Jugendlichen, u.a..

Chancen aus der Begegnung der Kinder/ Jugendlichen:

- Respekt als wichtiges Element familiärer Autorität und Zwischenmenschlichkeit
- Gewisses Maß an Stolz auf eigene Kultur kann Selbstsicherheit fördern
- Solidarität ggü. und gemeinsame Lebensgestaltung mit Familie und Nachbarschaft fördert kollektives Bewusstsein und ist Voraussetzung für gesunde soziale Gemeinschaft, u.a..<sup>118</sup>

Ein weiteres hier relevantes, aber sehr spezifisches Feld ist die Soziale Arbeit mit Kinderflüchtlingen.<sup>119</sup> Diese ist u.a. tätig in Verbänden der freien Wohlfahrtspflege; Fachorganisationen der Jugendhilfe; NGOs; Projekte für Vormundschaften; Zentren für Beratung, Therapie und Behandlung von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt in der Bundesrepublik Deutschland; als auch den Flüchtlingsräten.<sup>120</sup> In diesem

---

<sup>117</sup>vgl. Boltz o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.218ff

<sup>118</sup>vgl. Boltz o.J.. In: Eimmermacher u.a. 2004, S.222f

<sup>119</sup>vgl. WOG e.V. u.a. 2000

<sup>120</sup>Beispiele: freie Wohlfahrtspflege (z.B. AWO), Fachorganisationen der Jugendhilfe (z.B. Bundesverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge), NGOs (z.B. Arbeitskreis gegen Fremdenfeindlichkeit in den neuen Bundesländern), Projekte für Vormundschaften (z.B. AKINDA- Ausländische Kinder in Deutschland Allein),

Kontext wird u.a. das Thema Sucht behandelt.<sup>121</sup> Auch in dieser Angelegenheit ist die Bedeutung der betroffenen Substanz und der Umgang damit in der Herkunftsgesellschaft der Personen sehr entscheidend, da diese klar mitbeeinflussen können, wie sich eine mögliche Abhängigkeit entwickelt. Zum Beispiel ist Opiumkonsum in der Türkei eine alte Tradition und Heroinkonsum im Iran weit verbreitet. Süchtiges Verhalten bzw. Abhängigkeit von diesen Stoffen ist jedoch so gut wie unbekannt bzw. selten. Der Alkoholkonsum, wie in Europa gebräuchlich, ist dagegen zum Beispiel in arabischen Ländern nahezu unbekannt. Gerade der Wegfall der Kontrolle der Gesellschaft und ihrer Normen, kann eine Person, die in ein neues Umfeld gekommen ist, zur Abhängigkeit bringen, auch wenn in der Herkunftskultur der Konsum dergleichen Substanz ohne jeglichen Bezug zu einer Abhängigkeit vollzogen wurde.<sup>122</sup> Hier wird auch der funktionale Aspekt einer Sucht bedeutsam, der in einer Therapie nicht außer Acht gelassen werden sollte. Dabei kann es u.a. um sozialintegrative oder stressbewältigende Motivationen gehen. Der Aufbau eines stützenden Umfeldes und die Integration in die Gesellschaft ist hier neben den oben beschriebenen transkulturellen Aspekten besonders von Bedeutung.<sup>123</sup>

Das Thema dieser Studienarbeit spielt auch in der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit eine Rolle, z.B. in HIV/AIDS-Präventions- und Aufklärungsprogrammen. Klöpfer (2004) zeigt u.a. auf, wie in Thailand der Buddhismus und die modernen Einflüsse auf die Situation der HIV/AIDS-Infizierten einwirken und in wie fern eine Präventionsarbeit diese berücksichtigen sollte.<sup>124</sup> Dabei stellt er z.B. fest, dass HIV/AIDS oft mit dem Bezug auf schlechtes Karma

---

Zentren für Beratung, Therapie und Behandlung von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt in der Bundesrepublik Deutschland (z.B. Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin) und die Flüchtlingsräte der Bundesländer (Flüchtlingsrat Hessen, Niedersachsen, usw.). (vgl. WOG e.V. u.a. 2000, S.664ff)

<sup>121</sup>vgl. WOG e.V. u.a. 2000, S.589ff

<sup>122</sup>vgl. WOG e.V. u.a. 2000, S.592

<sup>123</sup>vgl. WOG e.V. u.a. 2000, S.593

<sup>124</sup>vgl. Klöpfer 2004

(schlechte Taten) als Schuld der Betroffenen erklärt wird und diese damit stigmatisiert und ausgegrenzt werden. Ein wichtiger Aspekt, der jedoch hier gelehrt werden sollte, ist, dass im Buddhismus das Wesen jedes Menschen an sich genommen wird und nicht als 'Symptomträger oder Schuldiger'. So sollten die Infizierten auch nicht verurteilt oder ausgegrenzt, sondern ihnen mit Mitgefühl und Fürsorge begegnet werden. Damit stellen diese Kranken auch für andere Menschen Chancen dar, sich gutes Karma (gute Taten) und damit eine Chance auf eine gute Wiedergeburt anzueignen.<sup>125</sup> Unter anderem in Klöstern werden mittlerweile viele Projekte durchgeführt, die z.B. HIV/AIDS-Infizierten ein 'Sterben in Würde' ermöglichen.<sup>126</sup> Da der Buddhismus im Alltagsleben der ThailänderInnen fest verankert ist, muss eine HIV/AIDS-Prävention ihn unmittelbar miteinbeziehen. Als Behandlungsmethode für HIV/AIDS gibt es z.B. im Buddhismus die Meditation. Von geschulten Mönchen werden auch Meditationskurse für HIV/AIDS-Infizierte angeboten.<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup>vgl. Klöpfer 2004, S.34ff, 48, 102ff

<sup>126</sup>vgl. Klöpfer 2004, S.41ff

<sup>127</sup>vgl. Klöpfer 2004, S.13, 107

### **3. Resumée**

MigrantInnen unterschiedlicher Herkunftsländer und Kulturen leben z.T. schon seit vielen Generationen in Einwanderungsländern wie Deutschland und Großbritannien. Medizinische und soziale Dienstleistungen werden auch von ihnen in Anspruch genommen. So begegnen SozialarbeiterInnen in unterschiedlichen Feldern multikulturellem Klientel und dort wo die Fragen nach Gesundheit und Krankheit, Wohlbefinden und Missbefinden von Bedeutung sind, kommt das Thema dieser Studienarbeit auf. In wie fern gehen Menschen unterschiedlicher Kulturen auf andere Weise mit Gesundheit und Krankheit um, als wir es gewohnt sind und welche Bedeutung hat das für uns? Welche Besonderheiten gilt es bei der Arbeit mit Muslimen/Muslimas zu beachten? Was ist an kulturellen Stereotypen gefährlich? Wie verhält man sich ggü. fremden Krankheitsvorstellungen und -erscheinungsformen? Eine theoretische Auseinandersetzung wie in dieser Arbeit ist nur ein kleiner Schritt. Ein persönliches Kennenlernen unterschiedlicher Kulturen, die Arbeit mit ihnen und die gemeinsame Lebensbewältigung werden damit höchstens begleitet. Auch die praktische Arbeit für einen gerechten und ausgeglichenen Umgang und Status unterschiedlicher Kulturen nebeneinander, ist damit nur im theoretischen Teil angegangen. Arbeiten wie diese stellen jedoch auch die Möglichkeit des Austauschs von PraktikerInnen<sup>128</sup> dar und es kann gegenseitig von den Erfahrungen anderer für die eigene Arbeit profitiert, sowie nötige Inspirationen und Impulse weitergegeben werden.

**42338 Zeichen**

---

<sup>128</sup>wie z.B. im 'Handbuch Flucht' (WOGÉ e.V. u.a. 2000) im Werk über 'Therapie und Beratung von Migranten' (Eimmermacher u.a. 2004) und in 'Race, Culture and Mental Disorder' (Rack 1982)

## 4. Anhang

### 4.1 Tabelle 1: Humoralpathologie

Luft	Wasser	Feuer	Erde
heiß/nass	kalt/nass	heiß/trocken	kalt/trocken
Blut	Schleim	gelbe Galle	schwarze Galle
heiter	träge	kühn	trotzig
Kindheit	Greisenalter	Jugend	Mannesalter
Sanginiker	Phlegmatiker	Choleriker	Melancholiker <sup>129</sup>

---

<sup>129</sup>vgl. Wikipedia 2008a: Humoralpathologie

<http://de.wikipedia.org/wiki/Humoralpathologie> 17.09.2008

## 5. Abkürzungsverzeichnis

AGEM	Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AKINDA	Ausländische Kinder in Deutschland Allein
Aufl.	Auflage
AWO	Arbeiterwohlfahrt
Bd.	Band
BPS	Berufspraktische Studien
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Dt./dt.	Deutsch/deutsch
EMs	Explanatory Modells of illness
etc.	et cetera (und so weiter)
EU	Europäische Union
e.V.	eingetragener Verein
f.	fortfolgende Seite
ff.	fortfolgende Seiten
ggf.	gegebenenfalls
ggü	gegenüber
HIV	Human Immunodeficiency Virus
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International Classification of Diseases
IOM	International Organization for Migration
ISA e.V.	Institut für Soziale Arbeit e.V.
Jh.	Jahrhundert
Kap.	Kapitel
NGOs	Non Governmental Organizations
Nr.	Nummer
o.	oben
o.a.	oder anderes
o.O.	ohne Ortsangabe
o.J.	ohne Jahresangabe



REHA	Rehabilitation
s.	siehe
S.	Satz/ Seite
s.o.	siehe oben
sog.	so genannt
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
u.	und/ unten
u.a.	unter anderem/ und andere
UN	United Nations
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
v.	von/m
v.a.	vor allem
v.Chr.	vor Christus
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
WS	Wintersemester
z.B.	zum Beispiel

## 6. Literaturverzeichnis

Arjouni, J. (1991): Ein Mann ein Mord. Zürich: Diogenes Verlag. In: Kalpaka, Annita (o.J.): Umgang mit „Kultur“ in der Beratung. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.31

Bastide, R. (1971): Anthropologie appliquée. Paris: Payot. In: Bichmann, Wolfgang/Pfleiderer, Beatrix (1985): Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin

Bichmann, Wolfgang/Pfleiderer, Beatrix (1985): Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin

Birck, Angelika/Weber, Ralf (o.J.): Behandlungszentrum für Folteropfer. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.148ff

Boltz, Michel (o.J.): Praxisgeschichten aus der interkulturellen Schulsozialarbeit. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.218ff

Bommes, M./Scherr, A. (1991): Der Gebrauchswert von Selbst- und Fremdebnisierung in Strukturen Sozialer Ungleichheit. In: Prokla, Heft 83, 1991, S.291-316. In: Tan, Dursun/Vahsen, Friedhelm G. (o.J.): Migration, Interkulturelle Pädagogik und Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden, S.387ff

Breitsprecher, Roland u.a. (1998): PONS Wörterbuch für Schule und Studium Englisch-Deutsch. 3. neubearbeitete Auflage, Stuttgart

Bründl, Peter/Kogan, Ilany (Hrsg.) (2005): Kindheit jenseits von Trauma und Fremdheit. Psychoanalytische Erkundungen von Migrantenschicksalen im Kindes- und Jugendalter. 1. Aufl., Frankfurt am Main

Drodowski, Günther (Hrsg.) (2001): DUDEN Etymologie, Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache, DUDEN Bd. 7, 3. Aufl., Mannheim. In: Palmsherm, Ingo (2005): Die staatliche Lenkung des Arbeitsmarktes. Eine Untersuchung der grundlegenden verfassungs-, einfach-, europa- und völkerrechtlichen Rahmenbedingungen der Arbeitsförderung. Frankfurt am Main

Eberding, Angela (o.J.): Bedeutung der Sprache in der systemischen Beratung und Therapie. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.92ff

Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/ Radice von Wogau, Janine (o.J.): Systemisch-interkulturell denken und handeln. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.3ff

Eimmermacher, Hanna (o.J.): Netzwerkarbeit. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004):

Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.65ff

Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/von Wogau, Peter (o.J.): Zugang von Migrantinnen und Migranten zu den Sozial- und Gesundheitssystemen. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.104ff

Flubacher, Peter (o.J.): Ein Patient ausländischer Herkunft bei einem Hausarzt. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.137ff

Greifeld, Katarina (Hrsg.) (2003): Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie. Dritte, grundlegend überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin

Griese, H. (1996): Interkulturelle Arbeit als Alternative zu traditioneller 'Ausländerarbeit'? In: IIK (Hrsg.) (1996): Interkulturelle Arbeit, Theorie und Praxis. Hannover, S.86-112. In: Tan, Dursun/Vahsen, Friedhelm G. (o.J.): Migration, Interkulturelle Pädagogik und Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden, S.387ff

Hamburger, F. (1991): Von der Gastarbeiterforschung zur Reflexiven Interkulturalität. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, Heft 3/4, 1999, S.33-38. In: Tan, Dursun/Vahsen, Friedhelm G. (o.J.): Migration, Interkulturelle Pädagogik und Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden, S.387ff

Hegemann, Thomas (o.J.): Interkulturelle Kompetenz in Beratung und Therapie. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.79ff

Homfeldt, Hans Günther (o.J.): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden, S.317ff

Horn, Angelika (o.J.): Interkulturelle Betreuung lebensbedrohlich erkrankter Kinder. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.175ff

Kalpaka, Annita (o.J.): Umgang mit „Kultur“ in der Beratung. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.31ff

Kiev, A. (1972): Transcultural Psychiatry. New York: The Free Press. In: Rack, Philip (1982): Race, Culture, and Mental Disorder. London und New York: Tavistock Publications

Kleinman, Arthur (1980): Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley – Los Angeles – London: University of California Press. In: Bichmann, Wolfgang/Pfleiderer, Beatrix (1985): Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin

Klöpfer, Carsten (2004): Aids und Buddhismus. Der psychologische

Beitrag des Buddhismus zur HIV/AIDS-Prävention in Thailand.  
Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie an der Universität zu Köln.<sup>130</sup>

Laabdallaoui, Malika/Rüschhoff, S. Ibrahim (2005): Ratgeber für Muslime bei psychischen und psychosozialen Krisen. Bonn

Littlewood, R. (2001): Von Kategorien zu Kontexten – Plädoyer für eine kulturumfassende Psychiatrie. In: Hegemann, T./Salman, R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag, S.22-38. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Niemeyer, Christian (o.J.): Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Soziale Arbeit - „klassische“ Aspekte der Theoriegeschichte. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden, S.123ff

Oesterreich, Cornelia (o.J.): Interkulturelles Denken und Handeln in der Psychiatrie. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.161ff

Palmsherm, Ingo (2005): Die staatliche Lenkung des Arbeitsmarktes. Eine Untersuchung der grundlegenden verfassungs-, einfach-, europa- und völkerrechtlichen Rahmenbedingungen der Arbeitsförderung. Frankfurt am Main

Rack, Philip (1982): Race, Culture, and Mental Disorder. London und New York: Tavistock Publications

---

<sup>130</sup>Nachdem die Diplomarbeit direkt von Hr. Klöpfer bezogen wurde, ist sie nun im persönlichen Archiv des Verfassers der vorliegenden Studienarbeit (H.N. Volkhardt).

Radice von Wogau, Janine (o.J.): Systemische Theorie in interkultureller Beratung und Therapie. In: Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea/Radice von Wogau, Janine (alle Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S.45ff

Rauschenbach, Thomas/Züchner, Ivo (o.J.): Theorie der Sozialen Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden, S.139ff

Rivers, W.H.R. (1924): Medicine, Magic and Religion. New York: Harcourt & Brace. In: Bichmann, Wolfgang/Pfleiderer, Beatrix (1985): Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin

Rudnitzki, Gerhard/Schiefenhövel, Wulf/Schröder, Ekkehard (alle Hrsg.) (1977): Ethnologische Abhandlungen Nr. 1. Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde. Barmstedt

Tan, Dursun/Vahsen, Friedhelm G. (o.J.): Migration, Interkulturelle Pädagogik und Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden, S.387ff

Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden

Thole, Werner (o.J.): Soziale Arbeit als Profession und Disziplin. Das sozialpädagogische Projekt in Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung – Versuche einer Standortbestimmung. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden, S.15ff

WHO (1981): Global strategy for health for all by the year 2000, Health for All Series 3, Genf: WHO. In: Bichmann, Wolfgang/Pfleiderer, Beatrix

(1985): Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin.  
Berlin

Young, Allan (1982): The anthropologies of illness and sickness. Ann.  
Rev. Anthropol. 11: 257-285. In: Bichmann, Wolfgang/Pfleiderer, Beatrix  
(1985): Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin.  
Berlin

**Vorlesungsmitschriften:**

Hadolt, Bernhard/Kutalek, Ruth (2003/2004): Vorlesungsmitschrift der  
Veranstaltung „Einführung in die Ethnomedizin/Medical Anthropology“  
am Institut für Völkerkunde an der Universität Wien. In eigenem Archiv

Hadolt, Bernhard/Kutalek, Ruth (2004/2005): Eigene  
Vorlesungsmitschrift der Veranstaltung „696609 Einführung in die  
Ethnomedizin/Medical Anthropology“ am Institut für Völkerkunde an der  
Universität Wien. In eigenem Archiv



## 7. Verzeichnis der Internetquellen

dict.cc. Deutsch/Englisch-Wörterbuch <http://www.dict.cc> 22.09.2008

Harper, Douglas (2001): Etymonline. Online Etymology Dictionary  
<http://www.etymonline.com/index.php?search=health&searchmode=none>  
26.09.2008

Department of Anthropology at Harvard University. Social Work Faculty  
(o.J. [2008]): Curriculum Vitae Arthur Kleinman  
[http://www.fas.harvard.edu/~anthro/social\\_faculty\\_pages/pdf/cv\\_kleinman\\_2008.pdf](http://www.fas.harvard.edu/~anthro/social_faculty_pages/pdf/cv_kleinman_2008.pdf) 26.09.2008

Department of Anthropology at Harvard University (o.J. [2008]): Social  
Anthropology Faculty  
[http://www.fas.harvard.edu/~anthro/social\\_faculty\\_pages/social\\_pages\\_kleinman.html](http://www.fas.harvard.edu/~anthro/social_faculty_pages/social_pages_kleinman.html) 26.09.2008

International Organisation for Migration (o. J.): <http://www.iom.int>  
14.07.2008

WHO (2000): General Guidelines for Methodologies on Research and  
Evaluation of Traditional Medicines. Geneva  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2000.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf)  
17.09.2008

WHO (2006): Constitution of the World Health Organization. 45<sup>th</sup> edition  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) 17.09.2008

Wikimedia (o.J.a): Wikipedia. Die freie Enzyklopädie  
<http://www.wikipedia.org> 26.09.2008

Wikimedia (o.J.b): Wikiwörterbuch Wiktionary. Das freie Wörterbuch.  
Ein Wiki-basiertes freies Wörterbuch <http://de.wiktionary.org/>  
26.09.2008

Wikipedia (2008a): Humoralpathologie  
<http://de.wikipedia.org/wiki/Humoralpathologie> 26.09.2008

Wikipedia (2008b): Kultur <http://de.wikipedia.org/wiki/Kultur>  
05.09.2008

Wikipedia (2008c): Sozial <http://de.wikipedia.org/wiki/Sozial> 17.09.2008

Wikiwörterbuch Wiktionary (2008a): Gesundheit  
<http://de.wiktionary.org/wiki/Gesundheit> 26.09.2008

Wikiwörterbuch Wiktionary (2008b): Krankheit  
<http://de.wiktionary.org/wiki/Krankheit> 26.09.2008

Wikiwörterbuch Wiktionary (2008c): Kultur  
<http://de.wiktionary.org/wiki/Kultur> abgerufen am 05.09.2008

WOGEE e.V. / Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (2000): Handbuch der Sozialen Arbeit mit Kinderflüchtlingen. 2. bearb. u. ergänzt. Aufl., Münster. <http://www.wogeev.de/handbuch.htm> 22.09.2008

### **Vorlesungsmitschrift:**

Pitterle, Doris (2007): Vorlesungsmitschrift der Veranstaltung „Ethnomedizin“ von Kutalek, Ruth im SS2007 am Institut für Völkerkunde an der Universität Wien  
<http://www.ethnomitschriften.at/index.php?pid=mitschriften#oben>  
22.09.2008

## **8. Erklärung**

Die vorliegende Arbeit habe ich selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt.

---

Hannes Niklas Volkhardt

Kassel, den . September 2008