

- Wolf, Angelika. 2003. AIDS und Kanyera in Malawi. Lokale Rezeption eines globalen Phänomens. In: Wolf, Angelika u. a. (Hg.) *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster:203–229
- Wolf, Angelika; Hörbst, Viola. (Hg.) 2003. *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster
- World Health Organization. 1994. *AIDS. Images of the Epidemic*. Genf
- Yamba, Christian Bawa. 1997. *Cosmologies in Turmoil. Witchfinding and AIDS in Chiawa, Zambia*. In: *Africa* 67:200–223
- Zimmermann, Francis. 1992. *Gentle Purge. The Flower Power of Ayurveda*. In: Leslie, Charles u. a. (Hg.) *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley:209–223

Martine Verwey

Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit

Einleitung

Gesundheitliches Wohlbefinden und psychosoziales Aufgehobensein sind Voraussetzungen einer gelingenden Integration. Soziales Wohlbefinden wiederum ist relevant für die Gesundheit. Mit der Migration sind tief greifende soziale Veränderungen verbunden, die sowohl die zugewanderten Menschen selbst als auch die Aufnahmegesellschaft betreffen. Westeuropäische Länder wie Deutschland, Österreich und die Schweiz sind seit längerem Einwanderungsländer. Jeder vierte erwerbstätige Einwohner der Schweiz zum Beispiel ist zugewandert; 1960 war es noch jeder sechste gewesen. Setzen wir den Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung in Bezug zur schweizerischen Gesamtbevölkerung, dann zeigt sich, dass zur Zeit 19,7 Prozent (rund 1,5 Millionen Personen) der ständigen Wohnbevölkerung zugewandert sind (Bundesamt für Ausländerfragen 2001). Ein Fünftel sind in der Schweiz geboren und zwei Fünftel leben bereits seit mehr als zehn Jahren in der Schweiz. Zum Vergleich: 1993 hatte noch fast ein Fünftel der ausländischen Bevölkerung seit weniger als fünf Jahren in der Schweiz gewohnt (Haug 1998:124). Was Deutschland betrifft, sind knapp neun Prozent Einwohner allochthon, d.h. Ende 2001 lebten 7,3 Millionen Ausländer und Ausländerinnen im Bundesgebiet (Statistisches Bundesamt 2002). Mehr als die Hälfte von ihnen weilen schon mehr als zehn Jahre in Deutschland. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der gesamten Bevölkerung Österreichs beträgt Ende 2000 über neun Prozent, d.h. rund eine dreiviertel Million Personen (Statistik Österreich 2002).

Ein Drittel der Schweizer Bevölkerung sind Eingewanderte oder Nachkommen von Eingewanderten. Das sind über zwei Millionen Menschen. Jede vierte Ehe in der Schweiz ist binational (Gnesa 2003). Der hohe Anteil der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz ist bedingt durch Arbeitsmigration. Die Zuwanderung von Flüchtlingen macht einen kleinen Anteil aus: 2,3 Prozent der schweizerischen Gesamtbevölkerung zählen aufgrund des Asylrechts zur Flüchtlingsbevölkerung (Bundesamt für Flüchtlinge 2002). Die Flüchtlingsbevölkerung (Asyl Suchende, anerkannte Flüchtlinge und vorläufig Aufgenommene) wiederum machen 11,1

Prozent der gesamten ausländischen Bevölkerung aus. Im Unterschied zur Schweiz ist in Ländern mit kolonialer Geschichte die nachkoloniale Wanderung zahlenmäßig von Belang.

Es ist nicht erstaunlich, dass in den Bereichen des Gesundheitswesens, beispielsweise in ärztlichen Praxen, Spitälern, Rehabilitationszentren und heilpädagogischen Schulen, Kinder und Erwachsene ausländischer Herkunft prozentual ebenso häufig vertreten sind wie Autochthone. Trotz dieser Tatsache sind viele Gesundheitsversorgungsangebote in den genannten Ländern tendenziell eher monokulturell, d.h. auf die Bedürfnisse der autochthonen Bevölkerung, ausgerichtet. Eine von Bischoff et al. (1999) durchgeführte Untersuchung an drei Genfer Polikliniken zeigte beispielsweise, dass nur ein Drittel der fremdsprachigen Patienten den Diagnoseinhalt verstand. Junghanss (1998a) vermittelt aufgrund einer Studie zu Beginn der 1990er Jahre zur gesundheitlichen Situation von Asyl Suchenden und Flüchtlingen in der Schweiz ein ähnliches Bild: Ca. 30% der Patienten können sich nicht in den von den meisten Ärzten gesprochenen Sprachen verständigen. Schweizer Behörden und Fachpersonen arbeiten denn auch an einer Verbesserung der Verständigung im Gesundheitswesen durch professionelle Dolmetscherdienste (Bischoff 2001; Bundesamt für Gesundheit 2002:30). Verbesserte Schulung des Personals im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich hinsichtlich kulturspezifischen Wissens würde überdies zweifellos eine bessere Kommunikation ermöglichen. Denn beispielsweise sind Sprache und Sinnggebung des Krankseins eng miteinander verbunden. Bezogen auf die Schweiz: Nahezu ein Zehntel der Bevölkerung spricht Spanisch, Südslawisch (Bosnisch, Serbisch, Kroatisch), Portugiesisch, Türkisch oder Albanisch (Bischoff u. a. 2000). Aber die Gesundheitssituation der zugewanderten Bevölkerung hängt überdies von ihrer sozialpolitischen, rechtlichen und ökonomischen Situation ab. Wird dieser Zusammenhang nicht erkannt, resultiert eine übervereinfachende Sicht.

Der Begriff Integration dient in der Migrationssoziologie dazu, unterschiedliche Stufen der Durchmischung von ansässiger und zugezogener Bevölkerung zu beschreiben. Hohe Integration heißt eine hohe Durchmischung der verschiedenen Bevölkerungssteile, geringe Integration deutet hin auf eine geringe Durchmischung. Integration bedeutet aber mehr als nur eine Bezeichnung in Bezug auf die räumliche Verteilung. Wiederum fokussiert auf die Schweiz: Bedingt durch die offizielle Zulassungspolitik, die der sozialwissenschaftlichen Wanderungsforschung zufolge eine gesellschaftliche und berufliche Unterschichtung (Hoffmann-Nowotny 1972) der Schweizer Bevölkerung durch Zugewanderte verursacht hat, artikuliert sich heute sowohl eine relativ ausgeprägte räumliche Konzentration der ausländischen Bevölkerung als auch eine relativ geringe sozioökonomische Integration dieser Bevölkerungsgruppe.

Im Zusammenhang mit Migration¹ wird ferner zwischen Kultur und Struktur unterschieden, wobei sich der Begriff der Assimilation zur Bezeichnung der kulturellen und der Begriff der Integration für die soziokulturelle Ebene durchgesetzt hat (Esser 1980; 2001). Integration – oder strukturelle Assimilation – bezieht sich so

gesehen auf den Zugang von Migrantinnen und Migranten zu wichtigen Institutionen der Aufnahmegesellschaft wie beispielsweise dem Gesundheitswesen sowie zu Statuspositionen auf dem Arbeits-, Bildungs- und Wohnungsmarkt. Ehret (2003) weist in Anlehnung an Bommers (1999; 2001) jedoch darauf hin, dass der Begriff der Integration aus der strukturfunktionalistischen Theorienbildung heraus entstanden ist, deshalb auf Erhalt, Funktionalität und Stabilität der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit zielt und kulturelle Assimilation als Element der Funktionstüchtigkeit einschließt. Bommers (1999) schlägt aus systemtheoretischer Sicht den Begriff Inklusion zur Beschreibung einer dynamischen Gesellschaft vor. Teilsysteme wie Ökonomie, Recht, Bildung, Politik und Gesundheitswesen werden in dieser Sichtweise jeweils als autonome soziale Organisationen verstanden. Der Begriff Inklusion erlaubt einen präziseren Blick: Zugewanderte können sehr wohl im wirtschaftlichen Teilsystem eingeschlossen sein, aber politisch-rechtlich ausgeschlossen bleiben.

Die in früherer sozialwissenschaftlicher Literatur oft genannte Meinung, Migration per se sei ein gesundheitliches Risiko, hat sich als zu wenig differenziert erwiesen (Junghanss 1998b; Efonyi-Mäder u. a. 2003). Neuere Studien bezüglich Gesundheitschancen für Migrantinnen und Migranten unterstreichen weniger die Defizite und Belastungen durch den Migrationsprozess, sie weisen vielmehr darauf hin, dass die zugewanderte Bevölkerung im Aufnahmeland besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt ist und dass sie hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation eine benachteiligte Bevölkerungsgruppe darstellt (Pette 1997, 2000b; Borde u. a. 2000). Gezeigt wurde, dass, neben der Belastung durch die Migration selbst und den Bruch mit früheren sozialen Netzwerken, unzureichender Zugang zu Gesundheitsdiensten und Diskriminierungen innerhalb des Gesundheitssystems Migrantinnen und Migranten in eine gegenüber der einheimischen Bevölkerung ungünstigere, vulnerablere Lage bringen. Zudem sind Zugezogene, obwohl sie sich während des Migrationsprozesses meist guter Gesundheit erfreuen (in der Literatur als *healthy-migrant-effect* beschrieben) (Carballo u. a. 1998; Razum u. a. 1998) und im Allgemeinen einen relativ gesunden Lebensstil führen, einem überproportionalen Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Dies hängt zusammen mit der Einschränkung ihrer Rechte in den Aufnahmelandern, bestimmt durch die Gesetzgebung in Bezug auf den Aufenthaltsstatus, das Recht auf Arbeit und auf soziale Sicherheit, oder auch mit dem Arbeitsmarkt und der allgemeinen Haltung in der Gesellschaft gegenüber Zuwanderung (Bollini u. a. 1995; Bollini 2000). Verglichen mit einheimischen Arbeitskräften sind ihre Arbeits- und Lebensbedingungen häufig ungünstig.

Generell kann der Zugang sowohl zu kurativer, rehabilitativer als auch zu gesundheitsfördernder Gesundheitsversorgung zwar als ein Gradmesser für die soziale Integration der Migrationsbevölkerung gesehen werden. Trotz Zugangs zu einem Teilsystem, wie beispielsweise dem Gesundheitswesen, wurden allerdings Einschränkungen bei den Partizipationsmöglichkeiten für ausländische Bevölkerungsgruppen nachgewiesen (Borde 2002). Ergebnisse eines Public Health-Projekts

in Berlin zeigen, dass Zugang zum Versorgungsangebot einer gynäkologischen Klinik für türkischsprachige Immigrantinnen noch nicht die gleiche Versorgungsqualität wie für deutsche Patientinnen gewährleistet (David u. a. 2001) (vgl. Seite 285f. d. A.).

Verbesserung des Zugangs der genannten Bevölkerungsgruppe zu Gesundheitsdiensten und ihre Partizipationsmöglichkeiten hat letztendlich finanzielle Konsequenzen. Eine gute Vorsorge ist oft billiger und sinnvoller als eine spätere langwierige medizinische Versorgung. Dazu braucht es Aufklärungs- und Motivationsarbeit bei allen Beteiligten. Medizinethnologie kann sowohl bei der HIV-Prävention², Suchtprävention³ und Gesundheitsförderung⁴ als auch bei der Aus- und Weiterbildung⁵ medizinischer, pflegerischer, paramedizinischer und heilpädagogischer Fachpersonen einen wichtigen Beitrag leisten.

Der vorliegende Text zielt darauf, den Stand der Diskussion zum Thema Gesund- und Kranksein im Transitionsprozess und verschiedene Sichtweisen auf den Stellenwert soziokultureller Faktoren zu skizzieren. Bevor auf unterschiedliche Erklärungsmodelle zu Gesundheitsfragen im Migrationskontext eingegangen wird, wird das Spezifische der medizinethnologischen Beiträge umrissen. Anschließend werden die kontroverse Diskussion des Themas Migration und Gesundheit in der Forschungsliteratur sowie Kritiken einer statischen Interpretationsweise von Kultur thematisiert und ein konkreter Umsetzungsbereich vorgestellt.

Gesund- und Kranksein im Migrationskontext: Beiträge der Medizinethnologie

Die 1995 überarbeitete Einführung in die Ethnomedizin »Ritual und Heilung« widmet dem Thema Migration und Gesundheit nur einen kurzen Abschnitt (Pfleiderer u. a. 1995:29). Die Erforschung der Beziehung von Erkrankung und Migration erwähnen die Autoren als eines von weiteren Arbeitsfeldern von Medizinethnologen. In der 1985 veröffentlichten ersten Ausgabe »Krankheit und Kultur« war das Thema gar nicht erwähnt gewesen. Da es sich bei dem Werk um einen grundlegenden Titel ethnomedizinischer Literatur handelt, ist es verwunderlich, dass das genannte Thema nur am Rande erwähnt wird. Ebenfalls nur knapp erwähnt wird das Thema in der 1997 erschienenen Einführung »Krankheit, Heilung und Kultur« (Schuler 1997:64). In der 1993 erschienenen Propädeutik in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA) macht die Herausgebergruppe freilich darauf aufmerksam, dass kulturelle Faktoren in der medizinischen Praxis sowohl bei medizinischen Interventionen in Entwicklungsländern als auch bei Fragen der medizinischen Versorgung von Migranten in Industrieländern von Bedeutung sind. Konkrete Fallbeispiele aus dem Spitalalltag führen in das Thema Gesund- und Kranksein in der Migration ein (Sich u. a. 1993:65–67). Was die englischsprachige Einführung »Culture, Health and Illness« von Helman betrifft,

war das Thema in der ersten Ausgabe von 1984 nicht erwähnt. In den Neubearbeitungen von 1990 und 2000 umfasst »Stress and Migration« immerhin fünf Seiten (Helman 1990, 2000:262ff). Dabei gibt es auch in der deutschsprachigen Fachliteratur seit längerem eine Reihe von Publikationen, die sich mit Migration und dem Zugang zum Gesundheitswesen befassen.⁶ Einer der ersten, welche die Thematik aus ethnologischer Sicht darstellten, war Zimmermann (1981). In Ländern mit kolonialer Vergangenheit fand die Thematisierung von Migration und Gesundheit etwas früher einen Niederschlag.⁷

In den neunziger Jahren folgen im europäischen Raum eine Reihe von Publikationen, welche den Beitrag der Medizinethnologie zu Fragen des Gesund- und Krankseins im Migrationskontext diskutieren.⁸ In der deutschsprachigen Schweiz erscheinen mehrere Untersuchungen zu den Themen Medizinsysteme und emische Krankheitskonzepte⁹, Zwangsmigration¹⁰ und psychosoziale Traumatisierungen¹¹, Asyl Suchende und Flüchtlinge in der ambulanten medizinischen Grundversorgung aus der Sicht der Anbieter¹² von Gesundheitsdienstleistungen sowie Gesundheitsstatus, -bedürfnisse und Erwartungen an das Dienstleistungsangebot aus der Sicht der Patientinnen und Patienten¹³, Arzt-Patienten-Interaktion¹⁴ und Probleme in der hausärztlichen Betreuung von Migrantinnen und Migranten mit chronischem Schmerzsyndrom¹⁵, Lebensbedingungen von Frauen in der Migration¹⁶, Ernährung¹⁷, migrationsspezifische Suchtprävention¹⁸, Macht der Pharmakonzerne und HIV/AIDS¹⁹ sowie Fragen der Kommunikation²⁰. Hasani und Berisha (2000) und Künzler (2002) schließlich beziehen sich konkret auf die größte ausländische Bevölkerungsgruppe in der Schweiz, die Kosovaren. Was bisher fehlt, ist die medizinethnologische Auseinandersetzung mit dem Thema Altern im Migrationskontext. Mehrheitlich zielen bislang die Forschungsthemen in der deutschsprachigen Schweiz auf die Flüchtlingsbevölkerung.

Sprachliche Verständigung und interkulturelle Kommunikation sind transdisziplinäre Problemstellungen, die generell in verschiedenen Arbeiten eine rege Diskussion auslösen.^{21, 22}

Kultur als Allheilmittel?

»A ›culture‹ is thus better seen as a series of processes that construct, reconstruct and dismantle cultural materials, in response to identifiable determinants.« (Wolf 1982:387, zit. in Kuper 1999:246).

Besteht ein Zusammenhang zwischen kulturspezifischen Krankheitsvorstellungen und Gesundheitsfragen der ausländischen Bevölkerung? Welche Rolle spielen soziokulturelle Faktoren beim Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Behinderung? Was ist anders im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung und weshalb?

Paradoxerweise sind kulturelle Faktoren gleichzeitig wichtig und unwichtig. Wenn wir jedoch stehen bleiben bei der Feststellung kultureller Verschiedenheiten, benutzen wir Kultur im Sinne einer Schublade. Bei Problemen mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die einen uns nicht vertrauten kulturellen Hintergrund haben, ziehen wir die Schublade »Wissen über andere Kulturen« heraus und suchen uns passende Rezepte aus. Demgegenüber beinhaltet Kultur als Prozess betrachtet Verständnis für Wechselwirkungen und Wandlungsvorgänge sowie Bereitschaft, sich mit der eigenen Kultur auseinander zu setzen. Es braucht also mehr als Respekt für Wertvorstellungen und Normen der zugewanderten Bevölkerung. Der Hinweis auf kulturelle Unterschiede jedenfalls ist als Erklärung bei Problemen in der Zusammenarbeit mit Migrantinnen und Migranten kein Allheilmittel (Verwey 1994b). Faktoren wie sozialer Hintergrund und Geschlecht sind genauso von Bedeutung wie kulturelle Herkunft bei Erklärungen von Krankheitsursachen und Vorstellungen über Gesund- und Kranksein. Gleichermaßen wichtig sind sie bei Gesundheitsstrategien (*health-seeking strategies*), Zugang zur Gesundheitsversorgung und bei der Frage, wie man Angehörigen verschiedener Bevölkerungsgruppen im Gesundheitswesen begegnet. Kulturspezifisches Wissen und kulturelle Sensibilisierung sind im Bereich Gesundheit und Migration zwar notwendige, aber nicht hinreichende Faktoren. Soziokulturelle Aspekte sind zudem auch bei der einheimischen Bevölkerung relevant, wenn es um Gesundheit und Umgang mit Kranksein geht. Was der Norm entsprechend oder davon abweichend ist, kann je nach Kultur, aber auch innerhalb einer Kultur je nach sozialer Schicht, Alter, Geschlechtszugehörigkeit oder Stadt-Land-Differenz, unterschiedlich bewertet werden.

Was verstehen wir aber unter Kultur? Gesellschaftliche Werte gewähren als Orientierungs- und Interpretationsrahmen für Gemeinschaft und Individuum die Möglichkeit, Lebenserfahrungen einen Sinn zu verleihen. Erfahrungen und Handlungen einen Sinn, eine Bedeutung, zu geben, ist ein wichtiger Aspekt beim Umgang mit erschütternden Ereignissen oder mit Kranksein. Bedeutung wiederum ist verknüpft mit kulturellen Werten, wobei Kultur hier als dem Wandel unterliegende, variantenreiche, sinngebende Referenz- und Interpretationsrahmen verstanden wird (vgl. Bauman 1999; Kuper 1999; van Dijk 2001). Die WHO (1990) beschreibt im Dokument »Rethinking Health and Disease« Gesundheit in ähnlicher Weise als aktiven Prozess der Veränderung mit Entwicklungsmöglichkeiten. Eine multidimensionale, ökologische und soziale Sicht auf Gesundheit anerkennt gleichermaßen Wechselwirkungen zwischen individuellen Personen und ihrer sozialen und natürlichen Umwelt im Alltag wie auch soziale Einflüsse auf Gesundheit, etwa in Zusammenhang mit Einkommen, Geschlecht, Alter und Bildungsstand, und schließlich kulturelle und persönliche Bedeutungen, welche mit Gesundheit verknüpft sind (Kickbusch 1990). Geiger (1998) fügt hinzu, dass Gesundheit zusätzlich zur kulturellen eine (migrations-)biographische sowie eine spirituelle oder religiöse Dimension hat. Damit sind als wesentliche Bestandteile des »neuen« Gesundheitsmodells gesundheitsbezogene Überzeugungen und

Haltungen innerhalb eines spezifischen kulturellen oder sozialen Kontextes definiert. Es berücksichtigt subjektive Interpretationen von Gesundheit und strebt nach einem Verständnis des gesundheitlichen Handelns im Rahmen von Alltagssituationen. Es setzt m. a. W. bei den jeweiligen Lebensverhältnissen an und baut auf einem sozialen, laienorientierten Verständnis von Gesundheit in der breiten Bevölkerung auf.

Unterschiedliche Erklärungsmodelle zu Gesundheitsfragen im Migrationskontext

Im Folgenden werden drei unterschiedliche Sichtweisen auf den Zusammenhang zwischen Migration, Integration und Gesundheit charakterisiert: die universalistisch-integrative, die relativistisch-kulturalistische bzw. partikularistisch-spezifische und die kontextuelle oder situationsbezogene Perspektive. Ziel hierbei ist, den Stellenwert des Kulturellen in Bezug auf Gesundheitsfragen in der Migration zu klären.

Im Gesundheitsbereich können, wenn Personen aus der Migrationsbevölkerung um Hilfe nachsuchen, hauptsächlich zwei Orientierungsweisen voneinander unterschieden werden: Eine geht davon aus, dass das erlernte fachliche Wissen und Handeln gültig ist für jeden Menschen. Die andere geht davon aus, dass die Arbeit mit zugewanderten Personen ausschließlich aufgrund spezialisierten ethnographischen Wissens über deren Herkunftskultur gelingen kann. Es stehen einander hier Universalismus und Relativismus gegenüber. So unterscheidet der belgische Ethnologe und Kinderpsychotherapeut Meurs (1994) beim Arbeitsverständnis von Psychologen, die beruflich mit Ausländern zu tun haben, die universalisierende und die relativierende oder kulturalisierende Betrachtungsweise. Als dritte Orientierungsweise vertritt Meurs eine stützende Therapie, die versucht, dem Migrationskontext Rechnung zu tragen, indem mehrere kulturelle Kontexte miteinander in Verbindung gebracht werden. Meurs' Unterscheidung lässt sich übertragen auf Fachbereiche, die sich mit der breiten Bevölkerung beschäftigen, so auf Medizin, Psychologie, Pflege, Pädagogik, Sozialarbeit oder auch Ethnologie und Medizinethnologie. Der Zwist zwischen Universalismus gegenüber Relativismus oder Partikularismus ist zwar klassisch (Efionayi-Mäder u. a. 2003), er löst aber besonders im Grenzgebiet zwischen Ethnologie und Psychiatrie immer wieder engagierte Diskussionen aus (vgl. Oloyede 2002; Ventevogel 2002).

In der Forschungsliteratur zum Thema Migration und Fragen der Gesundheit finden sich die drei soeben beschriebenen Erklärungsmodelle wieder. Im ersten, hier als universalistisches Modell bezeichnet, findet der Faktor Kultur keine Beachtung. Im zweiten, hier als kulturalistisches Modell bezeichnet, dient der Verweis auf die andere Herkunftskultur als allgemeines Erklärungsschema. Im dritten, hier als kontextuelles Modell bezeichnet, wird davon ausgegangen, dass in

dem Moment, in dem Allochthone in das Gesundheitssystem eintreten, alle Faktoren aufeinander einwirken. Unterscheiden wir die drei Modelle nach dem verwendeten Kulturbegriff, so zeigt sich: Dem universalistisch und dem kulturalistisch ausgerichteten Modell ist gemeinsam, dass sie sich auf einen statischen Begriff von Kultur stützen. Das kontextbezogene Modell hingegen betrachtet Kultur als Prozess. Faktoren, welche für die Gesundheit der migrierten Bevölkerung von Bedeutung sind, adäquat einschätzen zu können, setzt eine Ausrichtung auf einen dynamischen Kulturbegriff voraus.

Kulturalistisches Erklärungsmodell und gesellschaftlicher Umgang mit dem Fremden

Im Laufe der zweiten Hälfte der neunziger Jahre verlagert sich das Interesse in der deutschsprachigen sozialmedizinischen und sozialwissenschaftlichen Forschungsliteratur zum Thema Migration und Gesundheit von kulturspezifischem nach migrationsspezifischem Wissen. Wissen allein macht jedoch noch nicht handlungsfähig. Fähigkeiten, Haltungen und Visionen sind neben Wissen unentbehrlich im Professionalisierungsprozess. Besonders kommunikative Fähigkeiten sind in der Interaktion im Gesundheitsbereich vonnöten. Verläuft die Kommunikation mit fremdsprachigen Klientinnen und Klienten unter erschwerten Bedingungen, liegt das Argument des unterschiedlichen kulturellen Hintergrundes auf der Hand. Als Erklärung für Schwierigkeiten in der Interaktion wird auf vermutete kulturelle Unterschiede zurückgegriffen. Dieses Denken ist kulturalistisch insofern, als es einen statischen Kulturbegriff impliziert.

Das kulturalistische Modell ist in der Forschungsliteratur bis Mitte der neunziger Jahre noch stark verbreitet und versteht Kranksein in der Migration vorwiegend als ein kulturelles Problem.²³ Infolgedessen werden erstens mangelnde Information über kulturelle Unterschiede sowie über die medizinischen Systeme in den jeweiligen Herkunftsländern und zweitens sprachliche Verständigungsschwierigkeiten beklagt. Als Beispiel für diese Sichtweise, die durchaus Benachteiligungen bei den Arbeitsbedingungen sowie Wohn- und Lebensverhältnissen der Migrantinnen und Migranten berücksichtigt, kann Leyer beigezogen werden: »Sozialmedizinische Untersuchungen zeigen, dass die den Einheimischen zur Verfügung stehenden Gesundheitseinrichtungen nicht im gleichen Masse von den Migranten genutzt werden, da Sprach-, Schicht- und Kulturbarrieren eine angemessene Inanspruchnahme behindern« (Leyer 1989:51). Vergleichbare Überlegungen finden sich bei McGoldrick et al. 1982 sowie bei Leman et al. 1991. Innerhalb der interkulturellen Psychotherapie nehmen diese Autoren die eben erwähnte kulturalisierende oder relativierende Position ein: Die Behandlung von Allochthonen ist dank spezialisierten ethnographischen Wissens über die Herkunftskultur dieser Klienten wirksam. Universalistisch orientierte Repräsentanten in der interkulturellen Psychotherapie sind eher der Überzeugung, ihre professionellen

Fertigkeiten und Fähigkeiten seien bei allen ihren Klienten, unabhängig von deren kulturellen Herkommen, wirksam.

Die von Leyer erwähnten Barrieren sind zwar eine Tatsache; wenn jedoch ausschließlich sie im Blickfeld bleiben, kann von Kulturalismus gesprochen werden. Leyer erhebt denn auch folgendes Postulat: »Zum Verständnis der Ätiologie der funktionellen und psychosomatischen Erkrankungen sind (...) nicht nur die im sozialen und kulturellen Wandel auftretenden Anpassungskonflikte zu berücksichtigen, sondern es müssen die Beziehungs- und Dialogangebote, die der Emigrant in der Aufnahmegesellschaft und auch in der Gesundheitsversorgung vorfindet, in die Analyse einbezogen werden« (Leyer 1991:69). Diese Forderung setzt sich aber nicht durch in ihrer Arbeit. Eine Erklärung dafür gibt die Autorin selbst, wenn sie sagt: »Es ist auch mein Schicksal, mit den Familien in Kontakt zu kommen, die an der Bewältigung der Migration gescheitert, in eine Krise geraten sind und psychotherapeutische Hilfe nötig haben« (Leyer 1991:37). Es handelt sich hier um eine Sichtweise, die vorwiegend die Beziehungsebene berücksichtigt. Eine Erweiterung des Blickfelds ist aber unerlässlich; ein strukturelles Element muss ergänzt werden. Es bedeutet dies, dass neben der zugewanderten die ansässige Bevölkerung als Vergleichsgröße mit einbezogen wird. Untersuchenswert ist, wie ähnliche Situationen in Abhängigkeit davon, ob es sich um Migranten oder Nicht-Migranten handelt, unterschiedlich angegangen werden. Hat eine 17-jährige Schweizerin Probleme, so wird dies auf Schwierigkeiten der Spätadoleszenz zurückgeführt, hat aber eine 17-jährige Türkin Probleme, dann kommen bei der Erklärung Kulturkonflikte, Migrationsentscheidungen, Sozialisationsbedingungen und Identitätsprobleme ganzer Generationen zum Tragen. In Fragen der Migration lässt man sich leicht von einer Defizitideologie und einer Logik des Verdachts verführen (Berta 1993; Carballo u. a. 1998; Junghans 1998b). Der gesellschaftliche Umgang mit dem Fremden und dessen Pathologisierung kommen hier zum Ausdruck. Dieser kritischen Sicht zufolge ist die Erfahrung der Migration nicht die einzige Determinante und die kulturelle Zugehörigkeit zu dieser oder jener Herkunftsgesellschaft ein Faktor unter vielen. Kultur wird, wie Nijhawan (2001) am Beispiel der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt/Main zeigt, oft als Argumentationsstrategie benutzt, um von existentiellen Fragen des sozial erlittenen Leidens abzulenken.

Bereits in den achtziger (Kroeger u. a. 1986b; Brucks u. a. 1987) und dann vermehrt im Laufe der neunziger Jahre wird das Postulat, dass neben der zugewanderten die ansässige Bevölkerung in Forschungen als Vergleichsgröße miteinbezogen werden soll, in vergleichenden Studien umgesetzt.²⁴ Im Rahmen ihres dreijährigen Public Health-Projektes am Universitätsklinikum Charité in Berlin-Wedding zur »Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Patientinnen im Krankenhaus« zeigen David et al. (2001) und Borde (2002) beispielsweise, dass die existierenden Versorgungskonzepte nicht geeignet sind, soziokulturelle und migrationsbedingte Unterschiede zwischen einheimischen und zugewanderten Frauen angemessen auszugleichen, sondern die

Partizipationsmöglichkeiten für Immigrantinnen stark einschränken. Bei der Entlassung aus der Frauenklinik sind sie wesentlich schlechter über ihre Erkrankung und die erfahrene Therapie informiert und deutlich unzufriedener mit der Versorgung als die alteingesessene Vergleichsgruppe.

Auf welche Weise ein gesundheitliches Problem entsteht, wie es sich manifestiert und was seine Prognose ist, wird nicht nur durch kulturelle, sondern auch durch sozioökonomische, strukturelle Faktoren, wie z. B. Armut und Einkommenslage, Stellung im Arbeitsprozess oder Arbeitslosigkeit, Wohnsituation, Genderrolle, Diskriminierung, rassistisch geprägte soziale Umgebung und rechtlicher Status, bestimmt.²⁵ Ein Differenzierungsansatz mit Berücksichtigung solcher kontextspezifischer Faktoren beugt einer kulturalisierenden Betrachtungsweise vor.

Ethnisierung oder die Macht der Zuschreibung

Wesentlichen Anteil an der Verlagerung von der kulturalisierenden Haltung zu einer migrationsspezifischen, kontextuellen Betrachtungsweise hatte die Kritik an Ethnisierungstendenzen in der Migrations- und Integrationsforschung. Die anfangs der neunziger Jahre diskutierten Vorbehalte an Ethnisierungstendenzen wurden mit etwas Verspätung in die Diskussion um Migration und Kranksein aufgenommen. Im Zentrum der nachfolgenden Überlegungen steht nun diese Kritik an der statischen Interpretation von Ethnizität.^{26, 27, 28}

Ethnizität beinhaltet Schierup und Ålund (1987) zufolge eine Wechselwirkung zwischen sozialen Strukturen und subjektivem Bewusstsein. Diese Auffassung zielt auf einen dynamischen Kulturbegriff. Bei Hoffer (1994) äußert er sich darin, dass allochthone, zugewanderte Personen nicht nur als Produkte, sondern eben auch als Produzenten von Kultur verstanden werden. Eine Betrachtungsweise hingegen, die Unterschiedlichkeit als Defizit wahrnimmt, fixiert nach Leiprecht (1996) kulturbedingte Ausdrucksformen. Schierups und Ålunds Interesse liegt gerade darin, nachzuvollziehen, wie sich solche Ausdrucksformen zeitlich und räumlich transformieren. Nun ist es freilich so, dass im Verlauf des Integrationsprozesses Angehörige einer spezifischen Bevölkerungsgruppe an gemeinsamen Werten und Handlungsweisen festhalten und so ihre Zugehörigkeit zu ihrer ursprünglichen Gemeinschaft zwar sicherstellen. Ebenso können aber Erscheinungsformen und Bedeutungen sich zum Teil ändern. Und schließlich werden Werte und Regeln der neuen sozialen Umwelt gleichermaßen integriert und transformiert. Dieser Wandlungsprozess, bei dem gleichzeitig Aspekte der Zugehörigkeit, des Aufgehobenseins und der Eigenständigkeit eine Rolle spielen, verläuft durchaus nicht konfliktfrei und ist oft voller Ambivalenz.

Parallel zur bisher skizzierten kritischen Position in der Migrations- und Integrationsforschung werden ethnologische Kulturbegriffe seit einiger Zeit einer intensiven Neubewertung unterzogen (vgl. Wolf 1982 oder Kuper 1999). Dracklé (1996) weist in ihrem Aufsatz über kulturelle Repräsentationen von Jugend in der

Ethnologie ebenso auf die Überprüfung ethnologischer Konzepte von Kultur hin, z. B. bei Ortner 1984, Rosaldo 1989, Fox 1991 und Borofsky 1994. Dass das Erklärungsmuster »Kulturalismus« nicht nur in der Jugendforschung, sondern genauso bei der hier thematisierten Fragestellung, wie Migrantinnen und Migranten mit Gesundheit und Krankheit umgehen, zur Anwendung kommt, soll mit zusätzlichen Beispielen erläutert werden.

Von einer statischen zu einer dynamischen, kontextbezogenen Betrachtungsweise

Wie kann in Untersuchungen, außer durch den Einbezug der autochthonen Bevölkerung als Vergleichsgröße, eine strukturelle Betrachtungsweise gewährleistet werden? Was sind die Mängel der kulturalisierenden Betrachtungsweise? Welche perspektivische Verschiebung muss vorgenommen werden, damit diese Mängel vermieden werden? Stellen wir zur Beantwortung dieser Fragen beide Positionen einander noch einmal gegenüber. Bei der einen richtet sich, wie gezeigt, das Interesse auf den kulturellen Hintergrund der Zugewanderten, indem kulturspezifisches Wissen als grundlegend für das Verständnis von Problemen in der Gesundheitsversorgung postuliert wird. Bei der anderen, der ethnologisch-kontextualisierenden Perspektive (Hardon u. a. 1995; Meurs 1994), richtet sich das Interesse auf die hiesige Gesundheitsversorgung. In der medizinischen Praxis nämlich kann Kulturalisierung von somatischen Beschwerden zu folgender Situation führen:

»Eine junge Frau aus Marokko lebt seit einem Jahr mit ihrem Ehemann in den Niederlanden, als sie ihren Hausarzt wegen ernster Bauchschmerzen aufsucht. Da sie wenig Holländisch spricht, begleitet sie ihr Ehemann. Der Arzt hat einen ärztlichen Weiterbildungskurs über Migration besucht und ist sich der Bedeutung der ethnisch-kulturellen Herkunft der Patientin bewusst. Da er keinen somatischen Befund feststellt, vermutet er, die junge Frau leide an den Folgen sozialer Isolation. Ihr Ehemann bestätigt, dass sie keine Verwandten in der Nähe haben, dass seine Frau nicht gern allein aus dem Haus gehe und dass sie sehr religiös sei. Der Arzt folgert, die Beschwerden hätten ihre Ursache in den religiösen Prinzipien und kulturellen Normen in Bezug auf die Stellung der Frau im Islam. Er verweist das Ehepaar an einen marokkanischen Sozialarbeiter. Das Paar weigert sich aber, mit diesem Kontakt aufzunehmen und konsultiert einen anderen Arzt. Es dauert fast ein Jahr, und es braucht mehrere Ärzte, bis deutlich wird, dass das Paar Fruchtbarkeitsprobleme hat.« (Spruit 1987:239) (Übersetzung: d. V.)

Der Arzt in diesem Fallbeispiel deutet das Leiden der Frau vorschnell als Folge der typischen Rolle einer Frau in der islamischen Kultur. Gegen ein solch eingeschränktes Verständnis von Kultur richtet sich die kontext- oder situationsbezogene Sichtweise. Bei ihr verlagert sich das Interesse von der Kultur der Zugewanderten zu strukturellen Komponenten der Gesundheitsversorgung. Diese Sichtweise interessiert sich für das Medizinsystem als ein komplexes System, bei dem institutio-

nalisierte Umgangsformen, Krankheitskonzepte, gesundheitspolitische Interventionen und zwischenmenschliche Interaktionen sich gegenseitig beeinflussen. Zur Illustration eine zweite Fallgeschichte:

»Ein 48-jähriger Mann aus Marokko klagt gegenüber seinem Arzt über ständige Rückenschmerzen und berichtet über seine Schwierigkeiten bei der schweren Arbeit, die er zu verrichten hat. Obwohl der Patient beiläufig Potenzprobleme anspricht, richtet der Arzt seine volle Aufmerksamkeit auf eine vermutete physische und psychische Überbelastung. Die sexuellen Nöte des Patienten bleiben unberücksichtigt, es wird aber ein Rentenbegehren gestellt, und die Abklärungsmaschinerie der Sozialversicherungen kommt ins Rollen.« (Spruit 1987:219) (Übersetzung: d. V.)

Das Beispiel zeigt, dass, was auch immer der Grund ist, weshalb eine Aussage des Patienten übergangen wurde, der weitere Verlauf der Krankengeschichte an die Eigengesetzlichkeit des Medizinsystems gekoppelt ist. Hier wird nicht argumentiert, dass Überbelastung als psychosomatisch und allgemeinmedizinisch orientierte Erklärung zweitrangig und die Diagnose kulturalistisch sei. Weil der Arzt seinen Blick aber ausschließlich auf die Arbeitsbiographie richtet, finden wichtige Signale und die migrationspezifische Lebenssituation des Patienten in der Arzt-Patienten-Interaktion zu wenig Beachtung.

Nicht die kulturelle Herkunft, so sagen Kritiker des kulturalistischen Modells bei Gesundheitsfragen im Transitionsprozess, sollte als Erklärungsmuster im Vordergrund stehen, sondern das jeweilige Krankheitsverhalten wird auch als Antwort auf die Auseinandersetzung mit der örtlichen Gesundheitsversorgung und vor allem auf dem Hintergrund der Interaktion zwischen medizinischem Fachpersonal und zugewanderten Personen gesehen.²⁹ Somit findet ein Wandel statt von einer eher statischen zu einer kontextbezogenen, dynamischen Betrachtungsweise. Demzufolge müssen zum Verständnis der Ätiologie von Erkrankungen sowohl »die Beziehungs- und Dialogangebote, die der Emigrant in der Aufnahmegesellschaft und auch in der Gesundheitsversorgung vorfindet« (Leyer 1991:69), als auch die Wechselwirkung (Spruit 1986:61f) zwischen dem jeweiligen Gesundheitssystem und ausländischen Patientinnen und Patienten als Individuen in die Analyse einbezogen werden. In die klinische Praxis soll bei der Interpretation von Erkrankungen nach Möglichkeit zudem der kulturelle Hintergrund sowohl des hilfesuchenden Patienten als auch der medizinischen Fachperson Eingang finden (Verwey 1994a; Richters 1996). Damit haben wir zusätzliche Voraussetzungen einer strukturellen Betrachtungsweise kennen gelernt.

Das Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1979) und die Berücksichtigung der spezifischen Situation weiblicher Flüchtlinge (vgl. Muecke 1992) hatten ebenfalls wesentlichen Anteil an der Verlagerung zu einer kontextuellen Betrachtungsweise und haben zur neuen Sichtweise geführt, der zufolge Gesundheit nicht auf eine medizinische und kulturelle Interpretation reduziert werden kann.

Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht?

Eine kulturalisierende Sicht auf Erkrankung und Migration geht vielfach mit der von Berta festgestellten Pathologisierung der Zugewanderten einher. So besagt eine These, dass Migration einen traumatisierenden Charakter beinhalte (Berry 1992; Berry u. a. 1974). Berry zufolge bedingt der Akkulturationsstress psychische Spannungen, so dass Migranten quasi in einer Transitions- oder Übergangsphase überdurchschnittlich verletzlich seien. Eine solche verallgemeinernde Pathologisierung muss in Frage gestellt werden. Die Vorstellung, dass Zugewanderte weder in der Herkunfts- noch in der Aufnahmegesellschaft beheimatet wären, beruht auf einem statischen Kulturbegriff.

Ausgehend von einem dynamischen Kulturbegriff interessieren sich Schierup und Ålund (1987) demgegenüber für Transformationen ethnischer Ausdrucksformen während des Integrationsprozesses. Ihre Untersuchungen befassen sich aber nur am Rande mit Gesundheitsfragen der zugewanderten Bevölkerung. Wie kann also der Annahme einer besonderen Krankheitsanfälligkeit Zugewanderter oder einer krankmachenden Wirkung der Migration entgegengedacht werden? Ziehen wir den von Antonovsky (1979, 1993) angeregten Paradigmenwechsel für diese Fragestellung bei. Antonovsky schlägt eine Verlagerung des Interesses von der Patho- zur Salutogenese vor. Zur Verlagerung tragen die Förderung und Unterstützung von Gesundheit sowie, in der Behandlung von Krankheit, die Mitberücksichtigung sozialer Gesundheits- und Krankheitsdeterminanten bei. Diese können für einzelne Menschen jeweils in Abhängigkeit eines spezifischen Kontexts unterschiedlich aussehen und unterschiedlich gehandhabt werden. Übertragen auf gesundheitliche Fragen der zugewanderten Bevölkerung heißt dies, dass es wichtig ist, soziale und biographische Dimensionen von Krankheit nicht in einer kulturalisierenden Weise jenen Menschen zuzuweisen, von denen aufgrund ihres speziellen Status als Immigranten erwartet wird, dass sie sich abweichend äußern oder verhalten.

Der von Antonovsky geforderte Paradigmenwechsel von der Patho- zur Salutogenese gibt einen wichtigen Hinweis darauf, welche perspektivische Verschiebung vorgenommen werden muss, damit die Mängel der kulturalisierenden Betrachtungsweise vermieden werden. Als notwendige Voraussetzung einer strukturellen Betrachtungsweise müssen demnach soziale Gesundheits- und Krankheitsaspekte mitberücksichtigt werden. Dies ist eine Bedingung dafür, dass der Kontext einer Hilfe suchenden Person und die Vielschichtigkeit ihrer Gesundheit Ernst genommen werden. Das Produktive des salutogenetischen Konzepts ist darin zu sehen, dass es einen verlässlichen Orientierungsrahmen bildet in der Praxis und Theoriebildung (vgl. Franke 1997; Geiger 1999; Faltermeier 2000).

Migrations- statt kulturspezifische Interpretation von »Sickness«

In der angelsächsischen Medical Anthropology hat die Verwendung des Begriffs »sickness« (Erkrankung) zur Analyse der Soziogenese von Krankheit Eingang gefunden (vgl. Young 1982; Hahn 1995). Zur kultursensitiven Analyse von sickness im Migrationskontext haben wir bis anhin folgende Voraussetzungen kennen gelernt:

Auf der empirischen Forschungsebene:

- Einbeziehung der autochthonen Bevölkerung als Vergleichsgröße;
- Überprüfung der Versorgungskonzepte im Hinblick auf Partizipationsmöglichkeiten zugewanderter Patientinnen und Patienten;
- Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen den örtlichen Gesundheitsversorgungsangeboten und den zugewanderten Patientinnen und Patienten, vor allem während der Interaktion zwischen medizinischem Fachpersonal und zugewanderten Personen.

Auf der Ebene der klinischen Praxis:

- Mitdenken des soziokulturellen Hintergrunds sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der medizinischen Fachpersonen;
- Berücksichtigung der sozialen und biographischen Gesundheits- und Krankheitsaspekte.

Was heißt die letztgenannte Voraussetzung konkret für die Interaktion in der medizinischen Praxissituation? Eine Gruppe sozialwissenschaftlicher und medizinischer Fachpersonen hat im Hinblick auf diese Situation vorgeschlagen, die herkömmliche Krankengeschichte um migrationsspezifische Aspekte zu erweitern. Als Instrument, um die soziokulturelle und biographische Dimension der Erkrankung aufarbeiten zu können, entwickelten sie die migrationsspezifische Anamnese (Salis Gross u. a. 1997b; Flubacher 2000; Kurmann 2000).³⁰ Als Erweiterung der Sozialanamnese werden mit Hilfe der migrationsspezifischen Anamnese die aktuelle Lebenssituation der Hilfe suchenden Patientinnen und Patienten, Herkunft und Umstände der Migration eruiert. Dabei werden drei sich gegenseitig beeinflussende biographische Dimensionen erfasst: Integrationsgeschichte (soziodemographische Angaben, internationale Netzwerke, ökonomische Situation, Gesundheitsverhalten und rechtlicher Status), Herkunftsgeschichte (soziale Lage, ökonomische Situation und Gesundheitsverhalten) sowie Migrationsgeschichte (Motivation, Verlauf und allenfalls Traumatisierungen) der Patientin oder des Patienten. Diese migrationsspezifischen Daten sollen in Bezug zur aktuellen Krankheit gesetzt werden. Es ist dies eine an den Patienten orientierte Vorgehensweise, wie sie auch für einheimische Patienten mit komplexen Problemlagen empfohlen wird (Baumgartner Bicer 1999) und ein Beispiel für die zuvor (vgl. Seite 283f.) beschriebene kontextuelle oder situationsbezogene Perspektive. Kilcher (2002) hat mehr als zwei

bis hier!

Dutzend Ärzte und Ärztinnen in der Schweiz befragt und weist darauf hin, dass aus ärztlicher Sicht die Erhebung dieser biographischen Informationen dazu verhilft, die Lebenssituation ihrer Patienten und damit ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten besser einschätzen zu können.

Die Anforderungen an die Arzt-Patienten-Interaktion im Migrationskontext sind vielfältig: Nicht nur sozioökonomischer Status, Sprachkenntnisse oder Schulbildung, sondern auch Erfahrungen im Umgang mit medizinischen Institutionen im Herkunftsland, Einstellungen gegenüber der Krankenrolle sowie subjektiven Krankheitskonzepten sind Faktoren, welche die Behandlung zugewanderter Patientinnen und Patienten beeinflussen. Für die Erhebung solcher migrationsspezifischer Daten ist ein Vertrauensverhältnis Voraussetzung. Die migrationsspezifische Anamnese findet über mehrere Konsultationen hinweg statt.

Zusammenfassend: Soziale Spannungen, politische Diskriminierungen und Entwurzelung hinterlassen Spuren in individuellen Krankengeschichten. Die Gesundheitssituation der zugewanderten – übrigens ebenso wie die der einheimischen – Bevölkerung kann nicht losgelöst von ihrer sozialpolitischen, rechtlichen und ökonomischen Situation betrachtet werden. Wird dieser Zusammenhang nicht erkannt, resultiert jene Sichtweise, der zufolge kulturspezifisches Wissen per se eine bessere Kommunikation ermöglichen sollte. Häufig wird davon ausgegangen, dass Information über die jeweilige Kultur dazu beiträgt, Menschen anderer Kulturen besser zu verstehen. Wissen über kulturelle Ausprägungen wie religiöse Symbolik, Wertvorstellungen und Tabus kann grundlegend sein, sollte aber nicht überbewertet werden. Wenn ich für eine Abkehr vom kulturalistischen Denken plädiere, bedeutet dies nicht, dass kulturelle Ausdrucksformen unwichtig sein sollen. Es heißt auch nicht, dass sprachliche Verständigungsschwierigkeiten zwischen ausländischen Patienten und medizinischen Fachpersonen vernachlässigt werden könnten. Eine mögliche kulturbedingte Unterschiedlichkeit der Wahrnehmung des Krankseins ist aber ein Ansatzpunkt unter mehreren. Eine Abkehr vom kulturalistischen Denken kann dazu beitragen, im Verständigungsprozess mit ausländischen Patienten den Blick für den Stellenwert kultureller Faktoren zu schärfen. Was mit einer adäquaten Einschätzung des Kulturellen gemeint ist, soll anschließend erläutert werden.

»Innere Entwürfe« und interkulturelle Kommunikation

Verständigungsschwierigkeiten können vielfache Ursachen haben: Zunächst einmal rein sprachliche. Dann aber auch werte- und interpretationsbedingte Ursachen. So gibt es Schwierigkeiten, die aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen über die Welt entstehen, über Sinn und Ziele im Leben und aufgrund einer anderen Wahrnehmungsart des Selbst. Schließlich, und sicherlich nicht zuletzt, sind Verständigungsprobleme zu nennen, die bedingt sind durch unterschiedliche Bewältigungsstrategien und Handlungsentwürfe.

Soziokulturell erworbenes Wissen, gesellschaftlich geprägte Erfahrungen und Verhaltensstrukturen, die eine Person mit anderen aus ihrer kulturell vertrauten Umgebung teilt, sind als Ressource bei der Bewältigung erschwerter Lebenssituationen von großer Bedeutung. Der psychoanalytische Begriff »innere Entwürfe« verweist nicht nur auf individuelle Vorstellungen, sondern auch auf gesellschaftliche Wertmassstäbe. Wenn »innere Entwürfe« nicht in der neuen sozialen Umgebung angesprochen werden, ist die Kommunikation zwischen Personen unterschiedlicher kultureller Herkunft beeinträchtigt. Ein Beispiel aus der Praxis einer Kinderärztin soll dies verdeutlichen:

»Eine türkische Frau brachte ihr erkranktes Kind. Auf Deutsch – die Mutter schien hinreichende Sprachkenntnisse zu haben – verständigten wir uns über Vorgeschichte und Diagnose: Es hatte Masern. Als ich dies mitteilte, erstarrte die Frau, wurde unsicher, wandte sich von Angst fast überwältigt ihrem Kind zu und konnte es kaum versorgen. Diese Reaktion schien mir im Verhältnis zur Diagnose und zum Zustand des Kindes völlig inadäquat und unbegründet. Spontan wiederholte ich die Diagnose auf Türkisch. Die Mutter sah mich jetzt plötzlich lachend an: »A kızamık!« In völlig veränderter heiterer Stimmungslage wandte sie sich dem Kind zu und verabschiedete sich mit ruhiger Gelassenheit.« (Kohte-Meyer 1993:122f.)

Die Erwartung der Kinderärztin, dass mit der erfolgreichen Verständigung in der deutschen Sprache der türkischen Mutter auch die Vorstellungen und Phantasien zur Bewältigung der Situation verfügbar wären, stimmt nicht. Dies entspricht nicht der inneren Realität der Mutter: »Ihre Erstarrung und ihre Angst verschwanden erst wieder, als sie die erkannte Krankheit in ihrer Heimatsprache benennen konnte« (Kohte-Meyer 1993). Die Autorin vermutet, dass die deutsche, neu erlernte Sprache die Sprache zur Benennung von Sachverhalten ist. Bilder, Phantasien und Wissen um Verhalten sowie um Gefahren und Nöte scheinen erst mit der türkischen Sprache wieder bewusst und verfügbar zu werden; dieses wieder verfügbare innere Wissen scheint die Frau getröstet und beruhigt zu haben. Das Beispiel zeigt, wie stark Sprache und Emotionalität miteinander verknüpft sind.

Außerdem zeigt es, wie weitreichend die Anforderungen an eine kulturelle Sensibilisierung sind. Auf den ersten Blick geht es um die Wort für Wort Übersetzung vom Typus »Masern« gleich »kızamık«. Kulturelles Verständnis heißt offensichtlich mehr, als kulturelle Erklärungen zu suchen aufgrund kulturspezifischen Wissens. Nach dem kulturalistischen Verständnis sind Wissen über die fremde Kultur, kombiniert mit fachlichem psychologischem Wissen und mit individuellem Einfühlungsvermögen, in diesem Fallbeispiel eine ausreichende Erklärung für das Gelingen der ärztlichen Intervention. Tatsächlich ist noch eine andere Ebene Voraussetzung des Gelingens: Die Fähigkeit, die eigene kulturgebundene Position zu reflektieren. Erst wenn wir die eigenen kulturellen Werte zu relativieren vermögen, können wir uns, wie die Ärztin im Fallbeispiel, »kulturell einfühlen«.

Fachpersonen aus der zugewanderten Bevölkerung einbeziehen

Missverständnisse und Konflikte in der Interaktion zwischen medizinischem und pflegefachlichem Personal und Patientinnen und Patienten aus der zugewanderten Bevölkerung kommen hauptsächlich auf der Ebene der Werte zum Ausdruck. Angehörige einer soziozentrisch ausgerichteten Gesellschaft finden sich mit den Normen der Industriegesellschaft oft nicht zurecht. Die Notwendigkeit, zur Konfliktprävention Wissen und Erfahrung der zugewanderten Bevölkerung einzubeziehen und gezielt Fachpersonen aus der zugewanderten Bevölkerung im Gesundheitswesen beizuziehen, soll am Beispiel der oft bemängelten *Compliance* von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund erläutert werden. Eine Kurzevaluation zur Situation der Gesundheitsversorgung der zugewanderten Bevölkerung in der Agglomeration Zürich hat laut Gilgen (2002) ergeben, dass Fachkräfte neben Kommunikationsproblemen und erhöhtem Zeitaufwand mangelnde *Compliance* der Klientinnen und Klienten als eine der häufigsten Schwierigkeiten nannten. Was könnte eine migrationsspezifische Sensibilisierung hier bewirken? Wie kann aufgezeigt werden, dass im vorliegenden Fall ein Missverständnis mit ernststen Folgen für die Interaktion und den Krankheitsverlauf im Spiel sein kann?

In Teilen Südeuropas, im Balkan, in der Türkei und in zahlreichen außereuropäischen Ländern wird bei bösartigen Krankheiten die ungünstige Prognose der betroffenen Person nicht, hingegen in der Regel den Angehörigen, mitgeteilt. Peter Canute Jakobuthu ist Tamile aus Sri Lanka und arbeitet bei der Fachstelle für Interkulturelle Fragen der Stadt Zürich. Angesprochen auf Gesundheitsprobleme, Belastungen und Verunsicherungen der Tamilen in der Schweiz meint er: »Wird eine bösartige Krankheit diagnostiziert oder scheint ein Patient bald zu sterben, wird dies in Sri Lanka lediglich den Angehörigen und nicht dem Betroffenen mitgeteilt. Hier ist dies anders« (Jakomuthu 1994). Auf meine Frage, weshalb es in Bosnien nicht üblich sei, eine schwer kranke Person über ihre Situation zu informieren, antwortet die Kinderärztin Samira Komilija aus Sarajevo: »Angehörige werden informiert, der Betroffene aber nicht, da Kranke ja immer Hoffnung auf Heilung haben«. Ähnlich antwortet der Arzt Xhevat Hasani – in der Schweiz tätig in der Gesundheitsförderung für Albanerinnen und Albaner – aus Prishtina in Kosova: »Der Kranke lebt, solange er lebt, am besten mit der Hoffnung«. Diese ähnlich ausgerichteten Aussagen können wir nicht mit einem Hinweis auf kulturspezifische oder religionsbedingte Vorstellungen erklären. Die erwähnten Beispiele berichten über gläubige Hinduisten, Buddhisten, Muslime und orthodoxe Christen. Hier stehen einander insofern kulturelle Grundüberzeugungen gegenüber, als wir westeuropäisch orientierte Werte einer individualisierten Gesellschaft den Werten einer auf Gemeinschaftsbeziehungen beruhenden Gesellschaft gegenüberstellen. Die Beispiele verdeutlichen auch, dass es in Sri Lanka, Bosnien oder Kosova nicht üblich ist, eine ungünstige Prognose direkt mitzuteilen, die Kommunikation ist implizit. Solcher Zwischentöne müssen sich Fachpersonen im Gesundheitsbereich

bewusst sein, zuerst müssen sie aber die Gelegenheit haben, in Aus- oder Weiterbildung mehr über diese spezifischen Umgangsformen zu vernehmen. Was die Verbesserung der Verständigung betrifft, ist der Lerneffekt oft am ehesten nachhaltig, wenn Fachpersonen wie Jakomuthu, Komilija oder Hasani in der Berufspraxis oder in der Aus-, Fort- und Weiterbildung als Experten beigezogen werden.

Missverständnisse in der Interaktion zwischen medizinischem und pflegfachlichem Personal und Patientinnen und Patienten aus der zugewanderten Bevölkerung beruhen zudem oft auf unterschiedlichen medizinischen Vorstellungen und Handlungsweisen. DelVecchio Good (1991) geht in ihrem Diskurs über Hoffnung, ähnlich wie Gordon (1991), auf solche Missverständnisse ein. In Gesprächen mit Migrantinnen und Migranten mit chronifizierten Schmerzen ohne organischen Befund begegnete Kilcher (2002) bei ihren Gewährsleuten häufig großer Angst, an einer gravierenden Krankheit (meistens Krebs) zu leiden, die entweder bislang unentdeckt geblieben oder ihnen gegenüber verheimlicht worden sei. Patientinnen und Patienten aus den oben genannten Regionen befürchten jeweils, sehr ernst krank zu sein und vermuten, dass die medizinische Fachperson ihnen den Ernst ihrer gesundheitlichen Lage nicht mitteilt. Die Angst, unter der sie leiden, kann sie so misstrauisch machen, dass das Vertrauensverhältnis und damit die *Compliance* gefährdet wird.

Perspektiven der Gesundheitsförderung

In der Schweiz fließen jährlich etwa 40 Milliarden Franken in das medizinische Behandlungssystem, aber nur knapp zwei Prozent der Gesundheitsausgaben zielen auf Prävention. Dagegen wird im Rahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit von den Empfängerländern gefordert, dass sie das Schwergewicht auf vorbeugende Maßnahmen legen. Gesundheitsförderung setzt auf höhere Lebensqualität und besseres Wohlbefinden, indem ebenso viel Energie und Ressourcen für Gesundheit wie gegen Krankheiten eingesetzt werden. Wie ist diese Zielsetzung bei der zugewanderten Bevölkerung und bei Familien mit Migrationshintergrund umsetzbar? Braucht es einen gesonderten Blick auf 20 Prozent der schweizerischen Gesamtbevölkerung? Wenn sich ein Gesundheitsförderungsangebot an Zielgruppen richtet, wie können dann diese erreicht werden? Welches methodische Vorgehen erscheint dabei als geeignet, und weshalb? Problemstellungen zu Gesundheit und Migration fordern transdisziplinäres Denken und Handeln. Gesundheitssoziologie und Public Health blenden strukturelle Faktoren ein, so etwa sozialökonomischen Status, Arbeitsbedingungen, oder Unterschiede des ärztlichen Fachpersonals im Umgang mit einheimischen und ausländischen Patientinnen und Patienten. Nicht alle sind jedoch in gleichem Masse davon betroffen, und die selben Belastungssituationen führen z. B. bei Frauen und Männern nicht zu den gleichen Gesundheitsstörungen.

Die Fallbeispiele, welche bisher hier zur Sprache kamen, stammen aus dem psychologischen Bereich. Die Kraft der Medizinethnologie liegt aber nicht so sehr im psychotherapeutischen, als vielmehr im soziotherapeutischen und psychosozialen Bereich und generell in der Prävention. Ethnologinnen und Ethnologen sind darin geübt, Kontakt herzustellen und über das Pflegen von Beziehungen zu Schlüsselpersonen kommunikative Verbindlichkeit zu gewährleisten. Medizinethnologie weiss um Zusammenhänge zwischen gesundheitlichem Wohlbefinden und psychosozialen Aufgehobensein als Voraussetzungen für Integration. Und soziales Wohlbefinden ist relevant für die Gesundheit. Medizinethnologisch geschulte Personen können einen wichtigen Beitrag bei der Unterstützung der Integrationsbestrebungen der ausländischen Bevölkerung und in der Gesundheitsförderung leisten. In beiden Bereichen ist ein Ziel, die Ressourcen der Zielgruppe zu aktivieren und Selbsthilfestrukturen zu stärken. Ein Mittel, um diese Zielsetzung umzusetzen, ist das Mediatoren-Modell. Arbeit mit Mediatorinnen und Mediatoren heißt, dass Information und Wissen durch Schlüsselpersonen oder von Gleichen an Gleiche vermittelt werden. Das Modell hat bisher in der Schweiz Anwendung gefunden in der HIV-Prävention (Haour-Knipe u. a. 1999) und generell in der Gesundheitsarbeit mit der ausländischen Bevölkerung (Guex u. a. 2000; Singy u. a. 2003) sowie in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen (Verwey 2001). Essenz des Modells ist, dass nach entsprechender Schulung und durch permanente Weiterbildung eine Reihe von Laienfachleuten ausgebildet wird. Wichtig dabei ist, dass nicht ausschließlich ein Teil ihrer Ressourcen beansprucht wird, zum Beispiel ihre sprachliche Fähigkeit, sondern dass sie ganzheitlich gefordert werden und ihre Tätigkeit ganzheitlich Anerkennung findet. Bei traumatisierten Gewaltflüchtlingen besteht die Gefahr von Chronifizierungen. Gesundheitsarbeit konzentriert sich darauf, diesen mit Sekundärprävention entgegenzuwirken. In Anlehnung an das Modell der Salutogenese geht es dabei eher um gesundheitliche Schutzfaktoren zur Linderung nachwirkender psychosozialer Traumatisierungen und weniger um Risikofaktoren. Ausgangspunkt ist die Gemeinschaft und nicht in erster Linie das Individuum. Dank der Zusammenarbeit mit Mediatorinnen und Mediatoren werden Informationen über gesundheitsstützende Maßnahmen, Wissen über Folgen und Prävention bei Traumaexposition sowie praktische Übungen (wie Atemübungen zum Abbau von Stress) im Sinne eines Schneeballeffekts weitergegeben oder »multipliziert«. Ziel ist es, den sozialen Zusammenhalt in der Flüchtlingsbevölkerung, die individuelle psychische Spannkraft und Eigeninitiative durch solche Netzbildung zu stärken. Bei dieser Arbeit wird Kultur ernst genommen, indem anerkannt wird, dass Prävention zusammen mit Angehörigen einer Bevölkerungsgruppe und nicht für die Zielgruppe geleistet werden muss.

Abschließend: Kulturspezifisches Wissen und kulturelle Sensibilisierung sind im Bereich Gesundheit und Migration zwar notwendige, aber nicht hinreichende Faktoren. Stehen jedoch Fragen nach der jeweiligen kulturellen Herkunft im Vordergrund, birgt dies die Gefahr, dass Fragen nach der konkreten Lebenssituation

vernachlässigt werden. Kulturalismus beinhaltet eine Reduktion der Perspektive. Soziale Ungleichheiten werden so zu kulturellen Unterschieden umdefiniert.

Sicherstellen des Zugangs der Flüchtlingsbevölkerung zum sozialmedizinischen Netz einerseits und eine der zunehmenden Heterogenität der Gesamtbevölkerung entsprechende Gesundheitsförderung andererseits sind Querschnittsaufgaben, die generell eine inter- und transkulturelle Öffnung und Organisationsentwicklung der Versorgungsstrukturen erfordern. Das Modell der Arbeit mit Schlüsselpersonen ermöglicht dabei ein niederschwelliges, breitflächiges Präventionsangebot. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und soziale Beziehungen beeinflussen die Gesundheit und den Umgang mit Gesundheit. Neben der spezialisierten medizinischen Versorgung braucht es deshalb finanzielle Unterstützung für solche ergänzenden Modelle der Gesundheitsversorgung.

Anmerkungen

- 1 Der Begriff Migration dient in der Soziologie zur Beschreibung räumlicher Bewegung zwischen verschiedenen Kontexten. Dabei wird unterschieden zwischen Struktur- und Kulturdistanzen. Beim ersteren handelt es sich um ein Entwicklungsniveau mit Kategorien wie z. B. Grad der Urbanisierung, Höhe der Schulbildung oder Mediendichte. Beim zweiten handelt es sich um Wertvorstellungen, Familien- und Geschlechterkonzepte, normative Präferenzen, Wertunterschiede etc. ‚Migrancy‘, übernommen aus der britischen Sozialanthropologie, bezeichnet den dynamischen über Etappen verlaufenden Charakter von Wanderungsbewegungen und ihren Akteuren. ‚Migrancy‘ konnotiert den fortwährenden Migrationsprozess im Gegensatz zur Sicht auf Migration als eine lineare Bewegung von einem Typus sozialen Systems zu einem anderen (Schierup u. a. 1987:21). Fragen der Migration werden so nicht länger als Abweichungen von territorial gebundenen Zugehörigkeits- und Identitätskonzepten, sondern unter dem Aspekt transnationaler Netzwerke diskutiert (Nijhawan 2001:94; Schierup 1991:165).
- 2 Cavaleri u. a. 1996; Haour-Knipe u. a. 1999; Zuppinger u. a. 2000.
- 3 von Aarburg 1998; Domenig u. a. 2000; Domenig 2001b.
- 4 Verwey 1997, 2001, 2002; Guex u. a. 2000.
- 5 Verwey 1994a; Salis Gross u. a. 1997b; Sabbioni u. a. 1999; Flubacher 2000; Fluri 2000; Kurmann 2000; Domenig 2001a; Loncarevic u. a. 2001, Kläui 2002; Kilcher u. a. 2003.
- 6 Schmidt u. a. 1982; Busch 1983; Zimmermann u. a. 1983; Kentenich u. a. 1984; Zimmermann 1984, 1986a, 1986b; Collatz u. a. 1985; Ben Jelloun 1986; Frigessi u. a. 1986; Koen 1986; Kroeger u. a. 1986a; Kroeger u. a. 1986b; Land u. a. 1986, 1987; Semioglu 1986; Tilly 1987; Koen-Emge 1988; Kopp 1989; Leyer 1989, 1991; Ostermann 1990; Grottian 1991; Dietzel-Papakiriakou 1993; Sich 1993.
- 7 Z. B. Verhaegen 1972; Ben Jelloun 1976; Bennani 1980; Ifrah 1980; Frigessi u. a. 1982; Sachs 1983; Mirdal 1984, 1988; Spruit 1986; Anderson 1987; Fernando 1988, um nur einige zu nennen.
- 8 van Dijk 1989, 1995, 1996a, 1996b, 1998, 2001; Pfliegerer 1991; Meurs 1994; Richters 1995, 2001; Meurs u. a. 1998; Zimmermann 1998, 2000; Nijhawan 2001.
- 9 Obrist van Eeuwijk 1992; Dettwiler 1997; Baumgartner Biçer u. a. 1998; Baumgartner Biçer 1998, 1999; von Mühlhelen 1999.
- 10 Verwey u. a. 1991; Wicker 1991; Verwey 1993/94; Wicker 1993/94; Baumgartner Biçer u. a. 1994; Wicker u. a. 1995, Béguin 1996; Loncarevic 1996; Stucki 1999; Schär Sall 2000.
- 11 Ninck Gbeassor u. a. 1999; Moser u. a. 2001; Verwey 2001.

- 12 Blöchliger 1997.
- 13 Gilgen u. a. 2003.
- 14 Moser 1996; Salis Gross u. a. 1997a; Zuppinger 1998.
- 15 Salis Gross und Sabbioni 1997; Kilcher 2002.
- 16 Verwey 1993; Nyfeler u. a. 1994; Robertson 1997; Buchs 1998; Domenig 1998.
- 17 Fankhauser 1998.
- 18 Domenig 2001c.
- 19 Kopp u. a. 1998; Kopp 2001, 2002.
- 20 Verwey 1996a; Stuker 1998; Weiss u. a. 1998; Bischoff u. a. 2002.
- 21 Bischoff 1997, 2001, 2002; Pöchlacker 1997, 2000; Salman 1997; Wadensjö 1998a, 1998b; Weiss 2000; Becker u. a. 2001; Haenel 2001; Orth 2001; Singy u. a. 2003.
- 22 Weiss (2003) erschien nach Redaktionsschluss des vorliegenden Artikels.
- 23 Kulturalisierung bezeichnet den Vorgang der gesellschaftlichen Etikettierung, indem ein Phänomen – beispielsweise unverständlicher Umgang mit Behinderung – auf die Zugehörigkeit zu einer Ethnie oder Bevölkerungsgruppe mit spezifischen kulturellen Symbolsystemen, wie etwa Sprache oder Religion, zurückgeführt wird. Ein mögliches Beispiel: Nicht-kooperative Verhaltensweisen ausländischer Eltern eines behinderten Kindes erklären manche Fachleute mit dem Hinweis auf deren Religionszugehörigkeit (Verwey 1996b).
- 24 Kopp u. a. 1996; Csitkovics u. a. 1997; Pette 1997, 2000a; Baumgartner Biçer u. a. 1998; David u. a. 2000; Gilgen u. a. 2003.
- 25 Muecke 1992; Richters 1996; Collatz 1998b; Lamprecht u. a. 1999; Faltermaier 2001.
- 26 Ålund 1991, 1992; Anthias 1992; Auernheimer 1992; Bommes u. a. 1991; Bukow 1993; Dittrich u. a. 1990; Hoffer 1994; Schierup u. a. 1987; Schierup 1991.
- 27 Ethnizität lässt sich definieren als die gesellschaftliche Konstruktion oder das Ergebnis der Selbst- und Fremdzuschreibung zu einer sich ethnisch definierenden Gemeinschaft. Die Grenze kann etwa entlang historisch begründeter gesellschaftspolitischer, rechtlicher, territorialer, ökonomischer, linguistischer oder religiöser Kriterien gezogen werden. Solche Differenzierungskriterien entwickeln sich z. B. der umweltbedingten und gesellschaftlichen Produktionsweise entsprechend und konkretisieren sich in Normen, Regeln und Überlieferungen.
- 28 Der Begriff Ethnizisierung bezeichnet analog zur Kulturalisierung den Vorgang der gesellschaftlichen Etikettierung, wobei Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Ethnie oder einer Bevölkerungsgruppe stereotype Verhaltensweisen und Vorstellungen zugeschrieben werden. Unter Ethnizismus wird Denken in ethnizierenden Kriterien der Zuordnung verstanden.
- 29 Spruit 1987; Mirdal 1988; van Dijk 1989, 1998; Collatz 1998a; David u. a. 2001; Borde 2002.
- 30 Für die transkulturelle Pflegeanamnese siehe Domenig u. a. 2001. Vgl. auch Habermann in diesem Band.

Literaturverzeichnis

- Aarburg, Hans-Peter von. 1998. Heroindampfscheibenwinkel. Eine kulturalanthropologische und ethnopschoanalytische Studie des Folierrauchens in Zürich zwischen 1990 bis 1995. Berlin
- Ålund, Aleksandra. 1991. The Power of Definitions. Immigrant Women and Problem Ideologies. In: Ålund, Aleksandra; Schierup, Carl-Ulrik. *Paradoxes of Multiculturalism. Essays on Swedish Society*. Aldershot:47–67
- Ålund, Aleksandra. 1992. Immigrantenkultur als Barriere der Kooperation. In: Kalpaka, Annita u. a. (Hg.) *Rassismus und Migration in Europa*. Berlin:174–188. [1st publ. 1991]
- Anderson, Joan. 1987. Migration and Health. Perspectives on Immigrant Women. In: *Sociology of Health and Illness* 94:410–438
- Anthias, Floya. 1992. Parameter kollektiver Identität. Ethnizität, Nationalismus und Rassismus. In: Kalpaka, Annita u. a. (Hg.) *Rassismus und Migration in Europa*. Berlin:88–103

- Antonovsky, Aaron. 1979. *Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental Well-being*. San Francisco
- Antonovsky, Aaron. 1993. Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, Alexa u. a. (Hg.) *Psychosomatische Gesundheit*. Tübingen:3–14
- Auernheimer, Georg. 1992. Ethnizität und Modernität. In: Kalpaka, Annita u. a. (Hg.) *Rassismus und Migration in Europa*. Berlin:118–132
- Bauman, Zygmunt. 1999. *Culture as Praxis*. London. [1st ed. 1973]
- Baumgartner Biçer, Judith. 1998. Migranten und Migrantinnen aus der Türkei in Auseinandersetzung mit verschiedenen Medizinsystemen. Lizentiatsarbeit zur Studie »Die Arzt-Patienten Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen« Institut für Ethnologie. Bern
- Baumgartner Biçer, Judith. 1999. Musliminnen im Alltag der Gesundheitsversorgung. Auf der Suche nach einer differenzierten Sichtweise. In: *Tangram* 7:38–42
- Baumgartner Biçer, Judith; Moser, Catherine. 1994. Flüchtlinge – Arbeitslosigkeit: was nun? Studie über arbeitslose anerkannte Flüchtlinge im Kanton Luzern im Auftrag der Caritas Luzern. Bern. (Arbeitsblätter des Instituts für Ethnologie der Universität Bern; Bd. 9)
- Baumgartner Biçer, Judith; Zuppinger, Brigit. 1998. Wo es dich schmerzt, dort ist deine Seele. Emische Krankheitskonzepte und -kategorien von Bauch- und Unterleibsschmerzen bei Schweizerinnen und Migrantinnen aus der Türkei. Diplomarbeit Schweiz, Tropeninstitut, Basel
- Becker, Silke; Wunderer, Eva; Schultz-Gambard, Jürgen. 2001. *Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung im Krankenhaus und Praxis*. München. [1. Aufl. 1998]
- Béguin, Dominique. 1996. Die Pflege von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Eine Fallstudie in einem Schweizer Spital. Lizentiatsarbeit Institut für Ethnologie. Bern
- Ben Jelloun, Tahar. 1986. Die tiefste der Einsamkeiten. Das emotionale und sexuelle Elend nordafrikanischer Immigranten. Basel. [1ère publ. 1976]
- Bennani, Jalil. 1980. *Le corps suspect. Le migrant, son corps et les institutions soignantes*. Paris
- Berry, John W. 1992. Acculturation and Adaptation in a New Society. In: *International Migration* 30:69–87. (Special issue Migration and Health in the 1990's)
- Berry, John W.; Annis, Robert C. 1974. Acculturative Stress. The Role of Ecology, Culture and Differentiation. In: *Journal of Cross-Cultural Psychology* 5:382–405
- Berta, Daniela. 1993. Das Migrantenbild im Wandel der Zeit. In: *Psychoscope* 2:4–7
- Bischoff, Alexander. 1997. *Migration and Health in Switzerland*. Travel and Migration Medicine Unit, HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève). Genf
- Bischoff, Alexander. 2001. *Overcoming Language Barriers to Health Care in Switzerland*. Diss. Basel
- Bischoff, Alexander. 2002. Gesund werden erfordert verstanden werden. Gute Erfahrungen mit professionellen Dolmetscherdiensten. In: *Soziale Medizin* 29:48–50
- Bischoff, Alexander; Blanchard, Manuela; Calderón-Grossenbacher, Ruth. 2002. Vermitteln zwischen Sprache und Kulturen. Ausbildungs- und Qualitätsstandards sind vorgesehen. In: *Soziale Medizin* 29:46f
- Bischoff, Alexander; Loutan, Louis. 2000. *Mit anderen Worten. Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege*. BAG/HUG. Bern
- Bischoff, Alexander; Tonnerre, Claude; Eytan, Ariel u. a. 1999. Addressing Language Barriers to Health Care, a Survey of Medical Services in Switzerland. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 44:248–256
- Blöchliger, Corinne. 1997. *Institutionsbasierte Erhebung der ambulanten medizinischen Grundversorgung und der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz*. Diss. Basel
- Bollini, Paola. 2000. Die Gesundheit von Migrantinnen in Europa – Perspektiven für 2000. In: David, Matthias u. a. (Hg.) *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt:197–206
- Bollini, Paola; Siem, Harald. 1995. No Real Progress towards Equity. The Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000. In: *Social Science and Medicine* 41:819–828

- Bommes, Michael. 1999. *Migration und nationaler Wohlfahrtsstaat. Ein differenzierungstheoretischer Entwurf*. Opladen
- Bommes, Michael. 2001. Migration in der funktional differenzierten Gesellschaft. In: *Swiss Political Science Review* 7:108–116
- Bommes, Michael; Scherr, Albert. 1991. Der Gebrauchswert von Selbst- und Fremde ethnisierung in Strukturen sozialer Ungleichheit. In: *Prokla* 83. *Migrationsgesellschaft* 21:291–316
- Borde, Theda. 2002. Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Diss. TU. Berlin. URL: http://edocs.tu-berlin.de/diss/2002/borde_theda.pdf
- Borde, Theda; David, Matthias; Kentenich, Heribert. 2000. Patientinnenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus. In: David, Matthias u. a. (Hg.) *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt:121–154
- Borofsky, Robert (Hg.) 1994. *Assessing Cultural Anthropology*. New York
- Brucks, Ursula; Salish, Erdmann von; Wahl, Wulf-Bodo. 1987. *Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung*. Hamburg
- Buchs, Karin. 1998. *Tamilische Frauen in der Schweizer Geburtshilfe*. Bern. (Arbeitsblätter des Instituts für Ethnologie der Universität Bern; Bd. 17)
- Bukow, Wolf-Dietrich. 1993. *Leben in der multikulturellen Gesellschaft. Die Entstehung kleiner Unternehmer und der Umgang mit ethnischen Minderheiten*. Opladen
- Bundesamt für Ausländerfragen. 2001. *Statistischer Bericht, 2B*. Bern:4
- Bundesamt für Flüchtlinge. 2002. Bern. URL: <http://www.bff.admin.ch/deutsch/migr4d.htm>
- Bundesamt für Gesundheit. 2002. *Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2000–2006*. Bern. URL: <http://www.bag.admin.ch/sucht/migration/d/migration.pdf>
- Busch, Angelika. 1983. *Migration und psychische Belastung. Eine Studie am Beispiel von Sizilianerinnen in Köln*. Berlin. (Kölner Ethnologische Studien; Bd. 8)
- Carballo, Manuel; Divino, Jose J.; Zeric, Damir. 1998. *Migration and Health in the European Union*. In: *Tropical Medicine & International Health* 3:936–944
- Cavaleri, Antonella; Verwey, Martine; Konings, Elke u. a. 1996. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993–1995, Prévention du sida auprès des prostituées étrangères. Le Projet »Barfüsserfrauen«. Institut universitaire de médecine sociale et préventive IUMSP. Lausanne. (Cahiers de recherches et de documentation; no. 120.8)
- Collatz, Jürgen u. a. (Hg.) 1985. *Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Hamburg
- Collatz, Jürgen. 1998a. Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, Matthias u. a. (Hg.) *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt:33–58
- Collatz, Jürgen. 1998b. *Transkulturelle Herausforderung und Ansätze zu strukturellen Lösungen psychotherapeutischer Versorgung in einer globalen Weltkultur*. In: Heise, Thomas (Hg.) *Transkulturelle Psychotherapie. Hilfen im ärztlichen und therapeutischen Umgang mit ausländischen Mitbürgern*. Berlin:19–36
- Csitkovics, Monika; Eder, Anselm; Matuschek, Helga. 1997. *Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien*. MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung. Wien. (Dokumentation 12/1)
- David, Matthias; Borde, Theda. 2001. *Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*. Frankfurt
- David, Matthias; Borde, Theda; Kentenich, Heribert. 2000. Kenntnisse deutscher und türkischer Frauen über spezifisch weibliche Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen und die Wechseljahre. In: David, Matthias u. a. (Hg.) *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt:79–97
- DelVecchio Good, Mary-Jo. 1991. *The Practice of Biomedicine and the Discourse on Hope. A Preliminary Investigation into the Culture of American Oncology*. In: Pfeleiderer, Beatrix u. a. (Hg.) *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*. Wiesbaden:121–135. (Curare Sonderband; Bd. 7)

- Dettwiler-Thommen, Esther. 1997. »Die richtige Zeit zum Leiden ist da für mich«. Tamilische Flüchtlinge in der Schweiz, ihr Gesundheitsverhalten und ihre Heilmethoden. Lizentiatsarbeit Institut für Ethnologie. Bern
- Dietzel-Papakyriakou, Maria. 1993. Altern in der Migration. Die Arbeitsmigration vor dem Dilemma – zurückkehren oder bleiben? Stuttgart
- Dijk, Rob van. 1989. Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening (Culture as Excuse). In: *Medische Antropologie* 1:131–143
- Dijk, Rob van. 1995. Cultuur en trauma. Culturele variaties in de omgang met schokkende gebeurtenissen (Culture and Trauma. Cultural Variations in Dealing with Shocking Events). In: *Medische Antropologie* 7:125–139
- Dijk, Rob van. 1996a. Gedwongen migratie, kern van het vluchtelingenbestaan (Forced Migration, the Core of Refugee Life). In: Jong, Joop de u. a. (Hg.) *Transculturele psychiatrie en psychotherapie (Transcultural Psychiatry and Psychotherapy)*. Lisse:21–33
- Dijk, Rob van. 1996b. Ten geleide. Trauma en cultuur (Trauma and Culture. Towards a Rewarding Debate of Anthropologists, Psychologists and Doctors). In: *Medische Antropologie* 8:1–10
- Dijk, Rob van. 1998. Culture as Excuse. The Failures of Health Care to Migrants in the Netherlands. In: Geest, Sjaak van der u. a. (Hg.) *The Art of Medical Anthropology*. Amsterdam:243–251
- Dijk, Rob van. 2001. Culture, Trauma, and the Lifeworld of Refugees. In: Verwey, Martine (Hg.) *Trauma und Ressourcen/Trauma and Empowerment*. Berlin:19–40. (Curare Sonderband; Bd. 16)
- Dittrich, Erhard u. a. (Hg.) 1990. Ethnizität. Wissenschaft und Minderheiten. Opladen
- Domenig, Dagmar. 1998. Hoher Blutdruck? Ein Schönheitsfehler... Interviews mit Hypertonikerinnen. Eine medizinethnologische Studie. Lizentiatsarbeit Institut für Ethnologie. Bern
- Domenig, Dagmar (Hg.) 2001a. Professionelle transkulturelle Pflege. Bern
- Domenig, Dagmar. 2001b. Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern
- Domenig, Dagmar. 2001c. Zur Frage der transkulturellen Kompetenz in der Gesundheitsversorgung. Eine qualitative Studie in der Region Bern zur Suchtproblematik von Drogenabhängigen italienischer Herkunft im Bereich Therapie und Beratung. Diss. Bern
- Domenig, Dagmar; Salis Gross, Corina; Wicker, Hans-Rudolf. 2000. Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft. Bern
- Domenig, Dagmar; Stauffer, Yvonne. 2001. Transkulturelle Pflegeanamnese. In: Domenig, Dagmar (Hg.) *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern:227–236
- Dracklé, Dorle. 1996. Kulturelle Repräsentationen von Jugend in der Ethnologie. In: Dracklé, Dorle (Hg.) *Jung und wild. Zur kulturellen Konstruktion von Kindheit und Jugend*. Berlin:14–53
- Efionayi-Mäder, Denise; Chimienti, Milena. 2003. Migration und Gesundheit. Eine sozialpolitische Orientierung. In: Caritas Schweiz (Hg.) *Sozialalmanach 2003. Gesundheit – eine soziale Frage*. Luzern:155–172
- Ehret, Rebekka. 2003. Ghettoisierung/Integration/Segregation. In: Mäder, Ueli u. a. (Hg.) *Wörterbuch der Sozialpolitik*. Departement Sozialarbeit und Sozialpolitik der Universität Freiburg (im Druck)
- Esser, Hartmut. 1980. Aspekte der Wanderungssoziologie. Assimilation und Integration von Wanderern, ethnischen Gruppen und Minderheiten. Eine handlungstheoretische Analyse. Darmstadt
- Esser, Hartmut. 2001. Kulturelle Pluralisierung und strukturelle Assimilation. Das Problem der ethnischen Schichtung. In: *Swiss Political Science Review* 7:97–108
- Faltermaier, Toni. 2000. Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, Hans u. a. (Hg.) *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim:185–196
- Faltermaier, Toni. 2001. Migration und Gesundheit. Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck, Peter u. a. (Hg.) *Migration und Krankheit*. Osnabrück:93–112. (IMIS-Schriften; Bd. 10)
- Fankhauser, Marie-Anne. 1998. »Bedeutsames tamilisches Essen«. Zur Bedeutung des Essens bei tamilischen MigrantInnen im Kanton Bern. Lizentiatsarbeit Ethnologisches Institut. Bern
- Fernando, Suman. 1988. Race and Culture in Psychiatry. London

- Flubacher, Peter. 2000. »Transkulturelle« Verständigungsprobleme? Praktische Empfehlungen eines Hausarztes. In: *Soziale Medizin* 27:18–23
- Fluri, Pascale. 2000. Vergleich zwischen der Ansicht über Krankheitsbilder von Ärzten und der von Patienten am Beispiel türkischer und bosnischer Migranten. Med. Diss. Basel
- Fox, Richard (Hg.) 1991. *Recapturing Anthropology. Working in the Present*. Santa Fé
- Franke, Alexa. 1997. Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzepts. In: Antonovsky, Aaron. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen:171–192
- Frigessi Castelnovo, Delia; Risso, Michele. 1986. Emigration und Nostalgia. Sozialgeschichte, Theorie und Mythos psychischer Krankheit von Auswanderern. Frankfurt. [1st publ. 1982]
- Geiger, Ingrid. 1998. Altern in der Fremde – zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. In: David, Matthias u. a. (Hg.) *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt:167–184
- Geiger, Ingrid. 1999. Perspektiven der Gesundheitsförderung und -versorgung. Handlungsfeld. Migration und Gesundheit. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.) *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen*. Berlin:16–18
- Gilgen, Denise. 2002. Strategien zur Entwicklung migrationsspezifischer Kompetenz im Gesundheitswesen. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel
- Gilgen, Denise; Mäusezahl, Daniel; Salis Gross, Corina u. a. 2003. Klinische cultural epidemiology von Gesundheitsproblemen ambulant behandelter Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und aus Bosnien. In: Wicker, Hans-Rudolf u. a. (Hg.) *Migration und die Schweiz*. Zürich:507–530
- Gnesa, Eduard (Bundesamt für Ausländerfragen). 2003. Wie viel Zuwanderung braucht die Schweiz? In: *NZZ*, 6. Februar 2003:13
- Gordon, Deborah. 1991. Culture, Cancer and Communication in Italy. In: Pfeleiderer, Beatrix u. a. (Hg.) *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*. Wiesbaden:137–156. (Curare Sonderband; Bd. 7)
- Grottian, Gisela. 1991. Gesundheit und Kranksein in der Migration. Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei. Frankfurt. (zugleich Diss. TU. Berlin)
- Guex, Patrice; Singy, Pascal; Molina, Marie u. a. 2000. Migrants et réseaux de soins. Pour une adaptation interculturelle. Rapport final. NFP 39. Bern
- Haenel, Ferdinand. 2001. Ausgewählte Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. In: Verwey, Martine (Hg.) *Trauma und Ressourcen/Trauma and Empowerment*. Berlin:307–315. (Curare Sonderband; Bd. 16)
- Hahn, Robert A. 1995. *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. New Haven
- Haour-Knipe, Mary; Meystre-Agustoni, Giovanna; Dubois-Arber, Françoise u. a. 1999. »Médiateurs« et prévention du VIH/sida. Institut universitaire de médecine sociale et préventive IUMSP. Lausanne. (Raisons de santé; Bd. 41)
- Hardon, Anita; Boonmongkon, Pimpawun u. a. 1995. *Applied Health Research. Manual. Anthropology of Health and Health Care*. Amsterdam
- Hasani, Xhevat; Berisha, Tone. 2000. Das Gesundheitssystem Kosovos. Volksheilkunde und Rituale. Handbuch für Fachleute des Gesundheits- und psychosozialen Bereichs. SAH. Zürich
- Haug, Werner. 1998. Grundlagen für eine schweizerische Migrationspolitik. In: Wicker, Hans-Rudolf (Hg.) *Nationalismus, Multikulturalismus und Ethnizität. Beiträge zur Deutung von sozialer und politischer Einbindung und Ausgrenzung*. Bern:117–163
- Helman, Cecil. 2000. *Culture, Health and Illness*. Oxford. [1st ed. 1984]
- Hoffer, Cor B.M. 1994. Islamitische volksgeneeswijzen in Nederland. In: *Medische Antropologie* 4:162–178
- Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim. 1972. Einwanderung, Unterschichtung und soziale Mobilität. Hg. vom Arbeitskreis für neue Methoden in der Regionalforschung. Wien
- Ifrah, Albert. 1980. *Le Maghreb déchiré. Tradition, folie et migration*. Claix
- Jakomithu, Peter C. 1994. Gesundheit und Kranksein der Tamilen in der Schweiz. In: *Soziale Medizin* 21:11

- Junghanss, Thomas. 1998a. Asylsuchende und Flüchtlinge. Gesundheitsversorgung einer komplexen Minderheit. In: Sozial- und Präventivmedizin 43:11–17
- Junghanss, Thomas. 1998b. How Unhealthy is Migrating? In: Tropical Medicine & International Health 3:933–934
- Kentenich, Heribert u. a. (Hg.) 1984. Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? Frankfurt
- Kickbusch, Ilona. 1990. Health Promotion. The Move towards a New Public Health. In: WHO. Health Promotion. A Resource Book. Kopenhagen. (EUR/ICP/HSR; Bd. 612)
- Kilcher, Anne. 2002. »Alles Schmerz«. Probleme in der hausärztlichen Betreuung von MigrantInnen mit chronischem Schmerzsyndrom. Lizentiatsarbeit Ethnologisches Seminar. Zürich
- Kilcher, Anne; Spiess, Regina. 2003. Die hausärztliche Betreuung von Migranten/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom. In: Schweizerische Ärztezeitung 84:452–460
- Kläui, Heinrich. 2002. Krank sind die Umstände, welche Folter zulassen. Das Ambulatorium für folter- und kriegstraumatisierte Menschen. In: Soziale Medizin 29:51–53
- Koen, Emy. 1986. Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland. Ein Vergleich. In: Curare 9:129–136
- Koen-Emge, Emy. 1988. Volksmedizinische Krankheitsvorstellungen und Heiler in der Türkei. Med. Diss. Heidelberg
- Kohte-Meyer, Irmhild. 1993. »Ich bin fremd, so wie ich bin«. Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose. In: Streeck, Ulrich (Hg.) Das Fremde in der Psychoanalyse. Erkundungen über das »Andere« in Seele, Körper und Kultur. München:119–132
- Kopp Sutter, Christine. 2001. The New Era of AIDS, HIV and Medicine in Times of Transition. Diss. Bern
- Kopp, Christine. 2002. Powerful Matter. The Role of Pharmaceuticals in HIV/AIDS and Medicine. In: Tsantsa 7:44–53
- Kopp, Christine; Lang, Stefan; Iten, Anne u. a. 1998. Betreuung und Therapiewahl bei HIV. Eine medizinethnologische Studie unter HIV Long-Term Survivors. Ärztinnen und KomplementärtherapeutInnen. Institut für Ethnologie. Bern
- Kopp, Hans Georg. 1989. Subjektive Wirklichkeit und sozialer Wandel bei italienischen Gastarbeitern. In: Rehabilitation 4:32–42
- Kopp, Hans Georg; Kipple, Claudia u. a. 1996. Psychosoziale Faktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen bei Schweizern und italienischen Immigranten. In: Keel, Peter u. a. (Hg.) Chronifizierung von Rückenschmerzen. Hintergründe, Auswege. Basel:114–121
- Kroeger, Axel u. a. (Hg.) 1986a. Schwerpunktthema »Kranksein und Migration in Europa«. Curare 9
- Kroeger, Axel; Koen, Emy u. a. 1986b. Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeiterfamilien. Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen. Heidelberg
- Künzler, Eva. 2002. »Fragt nicht nach meiner Mutter, fragt nach meiner Arbeit«. Ethnopsychanalytische Feldforschung bei schmerz- und chronischkranken MigrantInnen aus Kosova (ehem. Jugoslawien). Diss. Zürich
- Kuper, Adam. 1999. Culture. The Anthropologists' Account. Cambridge
- Kurmann, Markus. 2000. Ratgeber für Hausärztinnen und Hausärzte zur Betreuung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in der Region Basel. Med. Diss. Basel
- Lamprecht, Markus; Stamm, Hanspeter. 1999. Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage. In: Maeder, Christoph u. a. (Hg.) Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zürich:62–85
- Land, Franz-Josef; Dietzel-Papakyriakou, Maria. 1986. Ethnologisierung, alltägliches Krankheitsverhalten und die offenen Fragen der sozialmedizinischen Migrationsforschung. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit 4:44–47
- Land, Franz-Josef; Dietzel-Papakyriakou, Maria. 1987. Migration und Gesundheit. Berlin
- Leiprecht, Rudolf. 1996. Rassismus und die Macht der Zuschreibung. Die »Frage nach der Jugend« und die »Frage nach der Kultur«. In: Dracklé, Dorle (Hg.) Jung und wild. Zur kulturellen Konstruktion von Kindheit und Jugend. Berlin:240–272

- Leman, Johan u. a. (Hg.) 1991. Thérapies interculturelles. L'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire. Bruxelles
- Leyer, Emanuela M. 1989. Psychosoziale und ethnomedizinische Aspekte im Rehabilitationsverlauf bei Migrantenfamilien. In: Rehabilitation 4:51–63
- Leyer, Emanuela M. 1991. Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Opladen
- Loncarevic, Maja. 1996. MIR – Erfahrungsbericht über die Aufbauarbeit für ein sozio-kulturelles Integrationsprojekt und psychosoziale Betreuung für bosnische Flüchtlinge im Kanton Aargau. Ein Beitrag der Medizinethnologie. Lizentiatsarbeit. Zürich:7–159. (Zürcher Arbeitspapiere zur Ethnologie; Bd. 6)
- Loncarevic, Maja; Selva, Gabriella. 2001. Vom interkulturellen Zusammenleben im Spital. Ein Pilotprojekt des SRK und des Kinderspitals Zürich. SRK. Bern
- McGoldrick, Monica; Pearce, John K.; Giordano, Joseph. 1982. Ethnicity and Family Therapy. New York
- Meurs, Patrick u. a. (Hg.) 1998. Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil. Leuven
- Meurs, Patrick. 1994. Cultuur als drager en zingevoer in interculturele psychotherapie. Een Algerijnse familie in België. In: Medische Antropologie 6:224–241
- Mirdal, Gretty M. 1984. Stress and Distress in Migration. Problems and Resources of Turkish Women in Denmark. In: International Migration Review (Special Issue »Women in Migration«) 18:984–1003
- Mirdal, Gretty M. 1988. The interpreter in cross-cultural therapy. In: International Migration 26: 327–334
- Moser, Catherine. 1996. Die Geburt des Patienten. Ritualisierungen und Konstruktionen der Arzt-Patienten Interaktion. Lizentiatsarbeit zur Studie »Die Arzt-Patienten Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen« Institut für Ethnologie. Bern
- Moser, Catherine; Nyfeler, Doris; Verwey, Martine. 2001. Einleitung. In: Moser, Catherine u. a. (Hg.) Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zürich:10–17
- Muecke, Marjorie A. 1992. New Paradigms for Refugee Health Problems. In: Social Science and Medicine 35:515–523
- Mühlénen, Tatjana von. 1999. Das Gesundheitssystem Bosnien-Herzegowinas im Wandel. Eine Studie zum Gesundheitssystem Bosnien-Herzegowinas zur Zeit vor und nach dem Jugoslawienkrieg (1992–1995). Diplomarbeit Schweiz. Tropeninstitut. Basel
- Nijhawan, Michael. 2001. Perspektiven einer Ethnographie des sozial erlittenen Leidens. In: Verwey, Martine (Hg.) Trauma und Ressourcen/Trauma and Empowerment. Berlin:89–108. (Curare Sonderband; Bd. 16)
- Ninck Gbeassor, Dorothée; Schär Sall, Heidi; Signer, David u. a. 1999. Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden. Berlin
- Nyfeler, Doris; Béguin Stöckli, Dominique. 1994. Genitale Verstümmelung. Afrikanische Migrantinnen in der schweizerischen Gesundheitsversorgung. Bern. (Arbeitsblätter des Instituts für Ethnologie der Universität Bern; Bd. 10)
- Obrist van Eeuwijk, Brigit. 1992. »Ich möchte mit meiner eigenen Hilfe auskommen, aber es geht nicht«. Eine medizinethnologische Studie über Krankheitserfahrungen türkischer und kurdischer Menschen in der Region Zürich. SAH. Zürich
- Oloyede, Olajide. 2002. Mental Illness in Culture, Culture in Mental Health. An Anthropological View from South Africa. In: Medische Antropologie 14:251–274
- Orth, Günther. 2001. Keine Miene verziehen? Dolmetschen mit Folterüberlebenden. In: Verwey, Martine (Hg.) Trauma und Ressourcen/Trauma and Empowerment. Berlin:317–329. (Curare Sonderband; Bd. 16)
- Ortner, Sherry. 1984. Theory in Anthropology since the Sixties. In: Comparative Studies in Society and History 26:126–166

- Ostermann, Birgit. 1990. Wer versteht mich? Der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin und High Tech. Zur Benachteiligung von AusländerInnen in deutschen Arztpraxen. Frankfurt
- Pette, Götz. 1997. Untersuchung des Zusammenhanges zwischen ärztlichem Handeln und ethnischer Zugehörigkeit von Patientinnen in der gynäkologischen Notfallversorgung eines Berliner Krankenhauses. Magisterarbeit Public Health/Gesundheitswissenschaften TU. Berlin
- Pette, Götz. 2000a. Subjektives und faktisches Patientenwissen vor und nach ärztlicher Aufklärung im Krankenhaus. Ein Vergleich bei türkischen und deutschen Patientinnen in der Gynäkologie. Med. Diss. Humboldt-Univ. Berlin
- Pette, Götz. 2000b. Unterschiedliche Versorgungsbedingungen für deutsche und ausländische Patientinnen in einer gynäkologischen Notfallambulanz. In: David, Matthias u. a. (Hg.) Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt:241–244
- Pfleiderer, Beatrix. 1991. The Development and Change of Health Research among Migrant Workers in West-Germany. Ideologies and Practice Between 1956 and 1986. In: Pfleiderer, Beatrix u. a. (Hg.) Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives. Wiesbaden:105–118. (Curare Sonderband; Bd. 7)
- Pfleiderer, Beatrix; Greifeld, Katarina; Bichmann, Wolfgang. 1995. Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin. [1. Aufl. 1985. Krankheit und Kultur]
- Pöchlhacker, Franz. 1997. Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung. Wien. (Dokumentation 12/2)
- Pöchlhacker, Franz. 2000. Kulturelle und sprachliche Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen in Gesundheitseinrichtungen. In: David, Matthias u. a. (Hg.) Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt:155–176
- Razum, Oliver; Zeeb, Hajo; Akgün, H. Seval u. a. 1998. Low Overall Mortality of Turkish Residents in Germany Persists and Extends into a Second Generation. Merely a Healthy Migrant Effect? In: Tropical Medicine & International Health 3:297–303
- Richters, Annemiek. 1996. Medische en psychiatrische antropologie. Een terreinverkenning. In: Jong, Joop de u. a. (Hg.) Transculturele Psychiatrie and Psychotherapie. Handboek voor Hulpverlening en Beleid (Transcultural Psychiatry and Psychotherapy). Lisse:71–85
- Richters, Annemiek. 2001. Trauma as a Permanent Indictment of Injustice. A Socio-cultural Critique of DSM-III and DSM-IV. In: Verwey, Martine (Hg.) Trauma and Ressourcen/Trauma and Empowerment. Berlin:53–73. (Curare Sonderband; Bd. 16) [1st publ. 1995]
- Robertson, Elisabeth. 1997. Der komplexe Körper – Reproduktionskonzepte von Migrantinnen aus der Türkei. Lizentiatsarbeit Institut für Ethnologie. Bern
- Rosaldo, Renato. 1989. Culture and Truth. The Remaking of Social Analysis. Boston
- Sabbioni, Marzio; Salis Gross, Corina; Seiler, Ulrich. 1999. Le traitement de la douleur chez les patients migrants. Perspectives interdisciplinaire. In: Darioli, Roger (Hg.) L'invalidité en souffrance. Défis et enjeux de la crise. Genf. Médecine & Hygiène:41–53. (Cahiers Médico-Sociaux; Bd. 1)
- Sachs, Lisbeth. 1983. Evil Eye or Bacteria, Turkish Migrants and Swedish Health Care. Stockholm Studies in Social Anthropology. Stockholm
- Salis Gross, Corina; Moser, Catherine; Zuppinger, Brigit. 1997a. Die Arzt-Patienten-Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Schlussbericht. Schweiz.Tropeninstitut. Basel
- Salis Gross, Corina; Moser, Catherine; Zuppinger, Brigit u. a. 1997b. Die Arzt-Patienten Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen. Vorschläge für die ärztliche Praxis. In: Praxis – Schweizerische Rundschau für Medizin 86:887–894
- Salis Gross, Corina; Sabbioni, Marzio. 1997. Migration und Schmerz. Ritualtheoretische und krisen-theoretische Aspekte bei der Behandlung von Schmerzpatienten in der Migration. In: Psychosomatische und Psychosoziale Medizin 26:36–44
- Salman, Ramazan. 1997. Sprache und Kultur bei der Bewertung von Gesundheit und Krankheit und qualitative Aspekte des Einsatzes von Dolmetschern im Begutachtungswesen. In: Collatz, Jürgen u. a. (Hg.) Transkulturelle Begutachtung. Qualitätssicherung sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland. Berlin:99–116

- Schär Sall, Heidi. 2000. Überleben im Asylalltag. Fallbeispiele. In: Bazzi, Danielle u. a. Fluchten, Zusammenbrüche, Asyl. Fallstudien aus dem Ethnologisch-Psychologischen Zentrum in Zürich. Zürich:9–30. (Zürcher Arbeitspapiere zur Ethnologie; Bd. 12)
- Schierup, Carl-Ulrik. 1991. The Puzzle of Trans-ethnic Society. Culture, Agency and Social Movements under Post-modern Conditions. In: Ålund, Aleksandra; Schierup, Carl-Ulrik. Paradoxes of Multiculturalism. Essays on Swedish Society. Aldershot:137–167
- Schierup, Carl-Ulrik; Ålund, Aleksandra. 1987. Will they still be Dancing? Integration and Ethnic Transformation among Yugoslav Immigrants in Scandinavia. Stockholm
- Schmidt, Elisabeth; Brandenburg, Bernd. 1982. Zur sozialen Situation und Gesundheits- bzw. Krankheitserfahrung von Türken in Berlin. Ergebnisse einer Befragung 200 türkischer Eltern über ihre soziale Situation in West-Berlin und in der Türkei, über Religion, das Wissen und die Erfahrung über Gesundheit bzw. Krankheit sowie über Verwandtenehen. Med. Diss. FU. Berlin
- Schuler, Judith. 1997. Krankheit, Heilung und Kultur. Skizzen aus der Ethnomedizin. Berlin
- Semioglu, Barbara. 1986. Kranke in der Fremde – Fremdartige Kranke. In: Forum. Zeitschrift für Ausländerfragen und -kultur (Schwerpunktheft »Gesundheit der Migranten«) 7:27–31
- Sich, Dorothea u. a. (Hg.) 1993. Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA). Frankfurt. (Medizin in Entwicklungsländern; Bd. 34)
- Sich, Dorothea. 1993. Kulturanthropologischer Interpretationsrahmen für Kommunikationsprobleme mit Migranten in der Medizin. In: Wessel, Karl-Friedrich u. a. (Hg.) Migration. Bielefeld:148–161
- Singy, Pascal; Weber, Orest; Guex, Patrice. 2003. Die Situation der MigrantInnen im Gesundheitswesen. Ein Erfahrungsbericht aus Lausanne. In: Wicker, Hans-Rudolf u. a. (Hg.) Migration und die Schweiz. Zürich:551–575
- Spruit, Ingeborg P. 1986. Health Care for Labour-Immigrants. Perceptions of Problems. In: WHO. Migration and Health. Towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities. Kopenhagen:32–75
- Spruit, Ingeborg P. 1987. Moroccan Immigrants and Health Care in the Netherlands. A Confrontation of Cultural Systems. In: Research in the Sociology of Health Care 5:201–247
- Statistik Österreich. 2002. Bevölkerungsforschung. Statistisches Amt. URL: <http://www.statistik.at>
- Statistisches Bundesamt Deutschland. 2002. URL: <http://www.destatis.de>
- Stucki, Iris. 1999. Lokale und transnationale Beziehungen als Ressource zur gesundheitlichen Integration. Eine Analyse sozialer Netzwerke bosnischer Haushalte in Basel. Lizentiatsarbeit Institut für Ethnologie. Bern
- Stuker, Rahel. 1998. ÜbersetzerInnen im Gesundheitsbereich. Das medizinische Anamnesegespräch im Migrationskontext. Lizentiatsarbeit Institut für Ethnologie. Bern
- Tilly, Karin. 1987. Die gesundheitliche Versorgung türkischer Frauen zwischen Volksmedizin und professionellem System. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit 2:42–47
- Ventevogel, Peter. 2002. Everything is Culture, but Culture is not Everything. Comments on Oloyede's Paper on Mental Illness and Culture. In: Medische Anthropologie 14:283–292
- Verhaegen, Paul (Hg.) 1972. Mental Health in Foreign Workers. Leuven
- Verwey, Martine. 1993. Migrantinnen und Gesundheit in Europa. In: epd Dokumentation 23:11–24
- Verwey, Martine. 1993/94. Südostasiatische Flüchtlinge in der Westschweiz. Bedarfsnachweis für einen psychosozialen Dienst und ein Begegnungszentrum. In: Gonseth, Marc-Olivier (Hg.) Kranksein und Gesundwerden im Spannungsfeld der Kulturen. Bern:127–150. (Ethnologica Helvetica; Bd. 17/18)
- Verwey, Martine. 1994a. Interkulturelle Beziehungen im Pflegealltag. In: Journal SRK:12–15
- Verwey, Martine. 1994b. Kultur ist kein Allheilmittel. Der »Ethnizismus« in der Medizin bedarf einer Korrektur. In: Soziale Medizin 21:26–28
- Verwey, Martine. 1996a. Ethnologie und Medizinethnologie in der beruflichen Praxis am Beispiel zweier Forschungsprojekte und eines Integrationsprojekts. In: Tsantsa 1:163–167

- Verwey, Martine. 1996b. Interkulturelle Kommunikation und behinderte ausländische Kinder. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 2:12–16
- Verwey, Martine. 1997. Gesundheitsförderung, Trauma und Ressourcen. Medizinische, soziale und kulturelle Dimensionen im Umgang mit Traumatisierten. In: Soziale Medizin 24:42–46
- Verwey, Martine. 2001. Bikulturelle Gesundheitswerkstätten mit traumatisierten Flüchtlingen. In: Verwey, Martine (Hg.) Trauma und Ressourcen/Trauma and Empowerment. Berlin:253–294. (Curare Sonderband; Bd.16)
- Verwey, Martine. 2002. »...das ist keine Gesundheit!« Psychosozial orientierte Gesundheitswerkstätten mit traumatisierten Flüchtlingen. In: Bulletin Medicus Mundi Schweiz 86. URL: <http://www.medicusmundi.ch/bulletin/bulletin864.htm>
- Verwey, Martine; Weiss, Regula. 1991. PSIND-Romandie. Projekt für einen psychosozialen Dienst und ein Begegnungszentrum für südostasiatische Flüchtlinge in der Romandie. Schlussbericht z. Hd. SRK Bern
- Wadensjö, Cecilia. 1998a. Erinnerungsarbeit in Therapiegesprächen mit Dolmetschbeteiligung. In: Apfelbaum, Birgit u. a. (Hg.) Fremde im Gespräch. Gesprächsanalytische Untersuchungen zu Dolmetschinteraktionen, interkulturelle Kommunikation und institutionalisierten Interaktionsformen. Frankfurt:47–62
- Wadensjö, Cecilia. 1998b. Interpreting as Interaction. London
- Weiss, Regula. 2000. Migrationsspezifische Aspekte in einem psychotherapeutischen Prozess. In: Schweizerische Ärztezeitung 47:2664–2667
- Weiss, Regula. 2003. Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich
- Weiss, Regula; Stuker, Rahel. 1998. Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem. Neuchâtel. (Forschungsbericht des Schweizerischen Forums für Migrationsstudien; Bd. 11)
- WHO. 1990. Rethinking Health and Disease. In: Health Promotion. A Resource Book. Kopenhagen. (EUR/ICP/HSR; Bd. 612)
- Wicker, Hans-Rudolf. 1991. Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Institut für Ethnologie. Bern
- Wicker, Hans-Rudolf. 1993/94. Folter und die Therapie von Folterfolgen. Eine ethnologische Annäherung. In: Gonseth, Marc-Olivier (Hg.) Krankheit und Gesundwerden im Spannungsfeld der Kulturen. Bern:103–125. (Ethnologica Helvetica; Bd. 17/18)
- Wicker, Hans-Rudolf; Bielinski, Daniel; Kantona, Barbara. 1995. Lücken in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen im Kanton Bern. Bericht Forum PSBA. Bern
- Wolf, Eric. 1982. Europe and the People without History. Berkeley
- Young, Allan. 1982. The Anthropologies of Illness and Sickness. In: Annual Review of Anthropology 11:257–285
- Zimmermann, Emil. 1981. Kulturspezifische Deutungsmuster psychischer und somatischer Erkrankungen bei süditalienischen Migranten in der Bundesrepublik. In: Ausländerkinder 7:30–45
- Zimmermann, Emil. 1984. Macht die Fremde krank? Gesundheitsrisiken und medizinische Versorgungsprobleme ausländischer Kinder. In: Geiger, Andreas u. a. (Hg.) Krankheit in der Fremde. Erfahrungen aus der Gesundheitsarbeit mit ausländischen Arbeiterfamilien. Berlin:69–80
- Zimmermann, Emil. 1986a. Inkompatibilität von Krankheitskonzepten und transkulturelle Missverständnisse. In: Curare 9:149–154
- Zimmermann, Emil. 1986b. Transkulturelle Konzepte von Krankheit und Kranksein. In: Bausinger, Hermann (Hg.) Ausländer – Inländer. Arbeitsmigration und kulturelle Identität. Tübingen:99–110
- Zimmermann, Emil. 1998. »Was wollen Sie denn noch alles für Ihre ausländischen Patienten?« 20 Jahre Betreuung ausländischer Kinder im Krankenhaus. In: David, Matthias u. a. (Hg.) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt:145–152
- Zimmermann, Emil. 2000. Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Bern
- Zimmermann, Emil; Petrykowski, W. von. 1983. Magische Krankheitsvorstellungen ausländischer Eltern als Problem in der Pädiatrie. In: Der Kinderarzt 14:1113–1122

- Zuppinger, Brigit. 1998. »When I come from the doctor I feel light«. Die Arzt-Patienten Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Fallstudie in doppelter Perspektive. Lizentiatsarbeit Institut für Ethnologie. Bern
- Zuppinger, Brigit; Kopp, Christine; Wicker, Hans-Rudolf. 2000. Interventionsplan HIV/AIDS-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Institut für Ethnologie. Bern