

Schröder, Hartmut

Transkulturelle Gesundheitswissenschaften: Eine kulturwissenschaftliche Neuorientierung der Medizin?

1.

„Letztlich aber bestätigt auch dieser Fall die alte Erkenntnis, dass der Arzt zwei "Werkzeuge" einsetzen muss: seine Hand und sein Wort. Und erst der sinnvoll abgestimmte Einsatz beider macht den "guten Arzt" aus.“ (Geisler 2002)

Seit dem 16. November 2007 hat die Kulturwissenschaftliche Fakultät der Europa-Universität Viadrina ein neues Institut: das Institut für transkulturelle Gesundheitswissenschaften. Im Rahmen dieses Instituts wird seit dem Sommersemester 2009 ein weiterbildender Masterstudiengang „Komplementäre Medizin – Kulturwissenschaften – Heilkunde“ angeboten, der sich an Ärzte, Pharmakologen und Psychotherapeuten wendet und erstmalig in Deutschland ein universitäres Studium der komplementären Medizin ermöglicht, dieses aber gleichzeitig mit den Kulturwissenschaften verbindet.

Mit der Gründung eines gesundheitswissenschaftlichen Instituts an einer kulturwissenschaftlichen Fakultät wurde Neuland betreten und Erklärungen waren gefordert. Denn Medizin und Gesundheitswissenschaften sind etablierte Wissenschaftsbereiche, und die Gründung des Instituts war nicht mit der Intention verbunden, in fremden Gefilden zu wildern. Vielmehr ging es darum, an Schnittstellen zu arbeiten, die seit langem bekannt sind, sich Problemen anzunehmen, die jenseits bestehender Disziplinen liegen und schließlich dazu beizutragen, auf Herausforderungen der zunehmenden Globalisierung von Wirtschaft und Gesellschaft auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung einzugehen.

Gesundheitswissenschaften, so wie sie sich in Deutschland in den letzten Jahren an verschiedenen Hochschulen entwickelt haben, verstehen sich bereits als Ort der Kooperation zwischen verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen. Bei näherer Betrachtung der Forschungsgegenstände und Forschungsmethoden fällt allerdings die Dominanz einer eher biomedizini-

schen und sozialwissenschaftlichen Orientierung auf. Die Dynamik der gegenwärtigen Kulturwissenschaften, die durch den Begriff des „cultural turn“ zum Ausdruck gebracht wird, hat sich in den Gesundheitswissenschaften noch nicht ausreichend niedergeschlagen, so dass – trotz zahlreicher Vorarbeiten und Initiativen – in institutionalisierter Form bislang nicht von kulturwissenschaftlich orientierten Gesundheitswissenschaften die Rede sein konnte.

Mit der Gründung des Instituts soll dazu beigetragen werden, kulturwissenschaftliche Konzepte, Fragestellungen und Methoden an die Gesundheitswissenschaften und die Medizin heranzutragen bzw. bereits begonnene Entwicklungen zu unterstützen. Ansatzpunkte bilden dabei auf der einen Seite die Kommunikationslinguistik und die Kultursemiotik sowie auf der anderen Seite die „narrative Wende“ der Medizin. Unter dem Begriff der *narrative-based medicine* kehrt in den letzten Jahren – über den Umweg der USA – eine Tradition nach Deutschland zurück, die im letzten Jahrhundert von Viktor von Weizsäcker begründet wurde: Die „sprechende Medizin“, d.h. die Orientierung auf Sprache und Kommunikation im Heilprozess.

2.

„Man kann Kinder von Warzen befreien, indem man sie ihnen ‚abkauft‘.“

Mit diesem für ein wissenschaftliches Lehrwerk eher erstaunlichen Satz leitet Paul Watzlawick sein erstmalig 1977 erschienenes Buch „Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation“ ein. Für die Wirkweise solcher und ähnlicher Warzenbehandlungen besteht natürlich keine wissenschaftliche Erklärung, doch ist ihre Wirksamkeit – so Watzlawick (1977, 9) – seit Urzeiten bekannt: „Auf Grund einer völlig absurden, symbolischen Interaktion ergibt sich ein ganz konkretes Resultat. Es verengen sich die in diese viral verursachte Wucherung führenden Blutgefäße und das Gewebe verödet schließlich infolge Sauerstoffmangels. Das heißt, die Verwendung einer ganz bestimmten zwischenpersönlichen Kommunikation führt hier nicht etwa nur zu einem Wandel der Stimmung, der Ansichten oder der Gefühle des Kommunikationspartners, wie sich dies im Alltagsleben tausendfach beobachten und

herbeiführen lässt, sondern zu einer körperlichen Veränderung, die ‚normalerweise‘ nicht absichtlich erzeugt werden kann.“

Für Paul Watzlawick bestand kein Zweifel, dass es eine „Sprache“ gibt, die therapeutisch genutzt werden kann. Er weist darauf hin, dass eine solche „Sprache“ sogar auf eine lange Tradition in der abendländischen Heilkunde zurückblicken kann. Schon in der Antike wird Sokrates die Äußerung zugeschrieben, dass Worte heilen können. Linus Geisler (1997) führt dazu aus:

„Bei Hippokrates hieß es: Erst das Wort, dann die Arznei, dann das Messer. Seit der Antike stand außer Zweifel, daß das Wort das wirkungsvollste Instrument des Arztes ist. Antiphon, der ca. 500 v. Chr. in Griechenland lebte, galt als Erfinder einer »Tröstungskunst«, die ihn berühmt machte. Er ließ den Kranken von seinem Leiden sprechen und half ihm mit einer Form der Rhetorik, die sich ebendiese Äußerungen des Kranken – ihrer Form wie ihrem Inhalt nach – zunutze machte. Mit anderen Worten: Er wandte damals die Methode an, die man heute gesprächstechnisch als »Spiegeln« bezeichnet. So gelang es ihm, die Wirklichkeit des Patienten zu erfassen und sie so umzudeuten, daß der Kranke nicht mehr darunter litt, eine Methode, der sich auch heute die Gesprächstherapie bedient. Antiphon kam später nach Korinth und bekam an der Agora ein Haus. Damals durften Ärzte noch für sich werben. Und so brachte Antiphon ein Schild an seinem Haus an mit der Inschrift: »Ich kann Krankheiten durch Worte heilen.«“

Natürlich können Worte nicht alleine heilen, aber auch ein Wirkstoff alleine heilt nicht. Hinter dem moderneren Begriff der „Beziehungsmedizin“ steht vielmehr die Erkenntnis, dass Wirkung immer auch mit der Beziehung zwischen Arzt und Patient zusammenhängt. Dies wird durch zahlreiche Studien im Rahmen der modernen Placeboforschung belegt und vor allem durch Dr. Bernard Lown, dem weltbekannten amerikanischen Herzspezialisten, der als einer der Gründer der Initiative „Ärzte gegen den Atomkrieg“ 1985 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet wurde, ausführlich und exemplarisch dargestellt. Lown zeigt in seinem Buch mit dem Titel „Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken“, dass Worte im Prozess der Heilung sowohl helfen, als auch vernichtend sein können.

Die Macht des Wortes sollte gerade deshalb nicht unterschätzt werden, weil sie ein Potential in beide Richtungen bilden.¹ Worte können kränken – und durch Kränkung kann wiederum Krankheit entstehen. Das literarische Werk von Flaubert über Tolstoi bis hin zu Fontane bietet dafür eine Fülle an Beispielen, auf die Christa Wolf hingewiesen hat. Christa Wolf beschäftigte sich in diesem Vortrag – nicht zuletzt unter Bezug auf jahrelange Selbstbeobachtung – ausführlich mit dem „Zusammenhang zwischen einer Krankheit und den Lebensumständen eines Menschen“. Die Sprachmittel der Schriftstellerin sind hier – wie so oft – besser dazu geeignet, komplexe Zusammenhänge aufzuzeigen bzw. solche nachvollziehbar werden zu lassen als sich dies durch die wissenschaftlichen Fachsprachen ausdrücken lässt.

Im Folgenden sei ausführlich aus einem Vortrag von Christa Wolf zitiert, den sie im November 1984 auf einer Tagung der Arbeitsgemeinschaft „Psychosomatische Gynäkologie“ in Magdeburg gehalten hat. Der Titel der veröffentlichten Fassung dieses Vortrages lautet „Krankheit durch Liebesentzug. Fragen an die psychosomatische Medizin“.

Christa Wolf verweist in diesem Vortrag auf ein „Wissen, das nicht durch naturwissenschaftliche Methoden zu erwerben und in der Sprache der Wissenschaften nicht auszudrücken ist“, dass sich „hauptsächlich durch einfache Selbstbeobachtung“ einstellt. Gerichtet an die Schulmedizin heißt es sodann bei ihr: „Ich frage mich also, frage auch Sie, ob es eigentlich zweckmäßig ist, dass bis heute der Mediziner nicht nur die Technik der Selbstbeobachtung nicht erlernt – nein, dass ihm geradezu abverlangt wird, seine Erfahrung mit sich selbst, mit seinen Krankheiten, mit seiner Gesundheit aus dem Spiel zu lassen, zugunsten eines Fetischs, der sich ‚Objektivität‘ nennt.“

Am Beispiel eines authentischen Falles schildert Christa Wolf die Begrenztheit des klinischen Alltags und stellt Fragen, die auch heute noch auf

¹ Auf diese Ambivalenz der Sprache weist auch Geisler (1997) hin: „Nur eine professionelle Handhabung der Sprache in einer empathischen Haltung macht dieses ärztliche Instrument von höchster Wirksamkeit zu einem heilenden Instrument. Die unprofessionelle, die unreflektierte, die unkultivierte Sprache hingegen wandelt sich zum höchstgefährlichen Instrument, das Wunden mit lebenslangen Narben setzen und im äußersten Fall töten kann.“

eine Antwort warten. Der „nicht-literarische Satz“, auf den Christa Wolf sich bezieht, stammt von einer Frau, „die lange im Krankenhaus liegen musste, wo man ihr den Eiter abzog, der sich auf ungeklärte Weise immer wieder in Zysten in ihrem Bauchraum sammelte.“ Diese Frau „fragte eines Tages ihre Freundin: ‚Kann Liebesentzug krank machen?‘“

„Nun können Sie fragen: Ja – und wenn? Vorausgesetzt, wir Ärzte würden nicht bestreiten, dass Liebesentzug; dass die unterdrückten Leidenschaften; dass die verdrängte Lebenslust zum Beispiel das Immunsystem dieser Frau zusammenbrechen ließ; dass all dies auch viele andere Frauen auf je andere Weise „krank macht“ - was änderte dies an unserer Theorie? Würden, dürften wir deshalb ein anderes Medikament anwenden, etwas in weniger starker Dosierung? Könnten wir denn – dies ist wohl die ausschlaggebende Frage – das Leben dieser Frauen ändern?

Ich weiß, dass es auf diese Frage keine befriedigende Antwort gibt, aber ich möchte darüber nachdenken (...) Als erstes möchte ich Ihnen entgegenhalten:

Wenn die Krankheit dieser Frau nicht ein immer wieder aufbrechender Eiterherd wäre, sondern vielleicht eine lebensbedrohende Depression, dann würden nicht Sie, aber Ihr Kollege von der psychiatrischen Fakultät würde es wenigstens versuchen, die Art und Weise zu beeinflussen, wie jene Frau Ihr Unglück – Liebesentzug – erlebt; wie problematisch das ist; wie schwierig; wie selten gelingend – dies alles zugegeben. Worauf es mir ankommt, ist: Dieser Psychiater soll sich von seinem Berufsbild her auf die Sprache, die Welt, die Erlebnisweise dieser Frau einlassen, er wird sie zu verstehen und ihr zu helfen suchen, den selbstzerstörerischen Zirkel zu durchbrechen, in den sie geraten ist. Der Arzt dagegen – sei er ein Gynäkologe –, der ihre körperliche Krankheit mit den allermodernsten Mitteln diagnostiziert hat und sie mit den allerfortschrittlichsten Mitteln bekämpft, der sie bei jeder Visite nach ihrer Temperatur, ihrem Appetit, nach Stuhlgang und Allgemeinbefinden fragt, dieser vielleicht hervorragende Spezialist und diese Frau, die da liegt und sich fragt: Kann Liebesentzug krank machen?, sie leben in verschiedenen Welten. Sie existieren nicht in der gleichen Wirklichkeit. Für den echten Naturwissenschaftler ist die Welt der Gefühle unerheblich, irrational, und was auf sie Bezug nimmt, Irrationalismus. Für diese Frau existiert nur die Angst um ihren Mann, der sich ihr entzieht. Die Frage: Kann der Arzt ihr Leben ändern, die sicherlich zu ehrgeizig gestellt war, reduziert sich also auf eine andre, scheinbar oder

wirklich bescheidenere Frage: Wie können diese Frau und Ihr Arzt zu der gleichen Sprache kommen; wie können sie sich in der gleichen Wirklichkeit begegnen.“

Soweit Christa Wolf und ihre Fragen an eine psychosomatische Medizin aus dem Jahr 1984.

3.

„Jeder Patient ist ein Informant, doch nicht jeder Informant ist ein guter Informant. Ob er gut ist, liegt am untersuchenden Arzt und wie er es versteht, den Denk- und Erlebenshorizont des Informanten zu eröffnen und zu erfahren.“
(Kohnen, 2007)

Vieles von dem, was Christa Wolf vor fast einem Vierteljahrhundert mit der Freiheit der Wortkünstlerin einfach in den Raum stellen konnte, ist heute durch neue Wissenschaftsbereiche wie Psychoimmunologie, Neuroimmunologie, Psychophysik etc. hinreichend bewiesen. Aber hat sich wirklich etwas verändert? Wir wissen nicht, wie die Ärzte damals in Magdeburg reagiert haben, welche Wirkung die Worte von Christa Wolf hatten. Uns geht es heute um die Nachwirkung dieser Worte, darum, dass diese Worte Früchte tragen und der Arzt der Zukunft wieder ein Arzt mit Wort Hand wird, einer der Hand anlegen kann, einer der zuhören kann (und dafür auch die Bedingungen hat), einer der schließlich auch „mit Worten berühren“ und damit den Heilprozess zumindest unterstützen kann.

Kulturwissenschaftlich orientierte Gesundheitswissenschaften können und sollen hier ansetzen, indem sie – anders als die gegenwärtige Medizin – weniger auf Krankheit und die Pathogenese orientieren, sondern vielmehr den kranken Menschen als Ganzes, Gesundheit und die *Salutogenese*, d.h. die Stärkung aller Faktoren und Ressourcen, die den Prozess der Genesung und Heilung unterstützen können, im Blickpunkt haben. In diesem Zusammenhang kommt neben dem Faktor *Psyche* gerade den Faktoren *Sprache*, *Kommunikation* und *Kultur* eine wichtige Bedeutung zu.

Dass sich dabei das Reservoir der Konzepte und Verfahren nicht nur auf die eigene Kultur begrenzt stellt im Zeitalter der Globalisierung eigentlich fast schon eine Selbstverständlichkeit dar. In einem zunehmenden Maße fließen in den letzten Jahren unter dem Begriff der Ethnomedizin Erfah-

rungen anderer Kulturen in unser Gesundheitswesen ein, die zwar durchaus als wichtige Ergänzung angesehen werden können, die aber ohne eine „kulturelle Übersetzungsleistung“ nicht adäquat ihr Wirkungspotential entfalten können.

Kulturwissenschaftlich orientierte Gesundheitswissenschaften stehen in dieser Hinsicht vor einer großen Herausforderung. Gerade ihre Aufgabe ist es nämlich, diesen „kulturellen Transfer“ zu bewerkstelligen. Sie beschäftigen sich mit dem kulturellen Umfeld fremder Heilkunde und sehen *Gesundheit* und *Krankheit* sowie Heilung immer auch als gesellschaftliche Konstrukte, d.h. als kulturelle Praxis vor dem Hintergrund kulturgebunder Deutungsmuster.

Kulturwissenschaftlich orientierte Gesundheitswissenschaften gehören damit zu den transkulturellen Wissenschaften, die auch in erkenntnistheoretischer Hinsicht die Begegnung verschiedener kultureller Konzepte der Erkenntnisgewinnung beabsichtigen und die Sichtung des Erfahrungswissens aller Kulturen anstreben. Einerseits stehen transkulturelle Wissenschaften dabei für einen konsequenten Pluralismus und verfolgen das Ziel eines gleichberechtigten wissenschaftlichen Diskurses zwischen den unterschiedlichen Wissenschaftskulturen. Andererseits bedeutet transkulturell aber nicht nur ein Nebeneinander unterschiedlicher Konzepte, sondern ein wirkliches Miteinander und Ineinandergreifen, eine allmähliche Verschmelzung und schließlich ein Aufheben der Grenzen sowie die Herausbildung eines transkulturell Gemeinsamen.

In den letzten Jahren wurde der Begriff transkulturell vor allem in der Psychotherapie aufgegriffen und weiterentwickelt, und es gibt mittlerweile in vielen deutschen Großstädten und im Rahmen medizinischer Fakultäten Zentren für transkulturelle Medizin bzw. Ethnomedizin. Transkulturelle Medizin bzw. Psychotherapie widmet sich in diesen Zentren nicht nur theoretisch sondern auch praktisch den Herausforderungen, die für Migrationsgesellschaften im Gesundheitswesen kennzeichnend sind. Thomas Heise (2002) sieht zwei Aspekte, die eine transkulturelle Herangehensweise ausmachen:

Erstens: „Trans-zentriert werden soll einerseits der monokulturelle Aspekt der Erkrankung, was die Diagnose aber auch das Krankheitsleben betrifft.

Die psychische Erkrankung entstand im Aufeinandertreffen von mindestens zwei verschiedenen Kulturen“ (Heise 2002, 12)

In diesem Zusammenhang ist der Begriff der migrationsbedingten Erkrankungen bzw. das Gastarbeiter-Syndrom bekannt. Thomas Baumer (2002) plädiert davon ausgehend in seinem *Handbuch interkulturelle Kompetenz* für „nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Übersetzer“ – wörtlich heißt es bei ihm: der ‚medizinisch-kulturelle Mediator‘ –, „um dem Krankheitsverständnis des Patienten näher zu kommen und eine auch mental unterstützte Gesundung zu ermöglichen.“ (Baumer 2002, 135)

„Der zweite Trans-Aspekt betrifft die intrakulturelle Zusammenarbeit zwischen dem jeweils indigenen und dem westlichen Medizinsystem, oder umgekehrt die interkulturelle Kooperation wie z.B. in Form der Beeinflussung oder Ergänzung unseres westlichen Medizinsystems durch aus traditionellen Medizinsystemen abgeleitete Aspekte oder Methoden.“ (Heise 2002, 12)

In diesem Zusammenhang bietet sich „das riesige Gebiet der transkulturell vergleichenden Therapieforschung an, um unter Vernachlässigung von Eurozentrismus und Schulstreitereien nach den besten Lösungsmöglichkeiten für die Probleme unserer Patienten zu suchen.“ (Heise 2002, 16)

Hinzufügen könnte man noch einen dritten Aspekt, nämlich die Begegnung der unterschiedlichen medizinischen Richtungen innerhalb einer Kultur. Ist nicht auch die Begegnung bzw. die Nicht-Begegnung, das Aneinander-vorbei-Reden der Schulmedizin, der Homöopathie, der anthroposophischen Medizin, der Naturheilkunde etc. auch als eine Art des interkulturellen Kontaktes zu verstehen. Brauchen wir nicht auch hier einen ‚medizinisch-kulturellen Mediator‘, der den Dialog ermöglicht, der die Integration der verschiedenen Ansätze so ermöglicht, dass dabei das Bestmögliche sowohl für den individuellen Patienten als auch die Gesundheitsversorgung insgesamt herauskommt?

Zusammenfassend ist eine transkulturelle Kompetenz einzufordern, die sich im *Zuhören*, *Erfassen* und *Erlernen* andersartiger Erklärungsweisen von Krankheit und Schmerz ereignet und nach Domenig (2006) folgende Komponenten umfasst:

- Die Fähigkeit, „individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“
- Die Fähigkeit, eigene lebensweltliche Prägungen zu reflektieren
- Die Fähigkeit, die Perspektive anderer zu erfassen und Stereotypisierungen von anderen vermeiden
- Die individuelle Biografie ins Zentrum der Interaktion zu stellen

4.

„Was Patienten subjektiv wahrnehmen und zu sagen haben, sollte für den Arzt mindestens das gleiche Gewicht haben wie das, was sich mit medizinischen Untersuchungsinstrumenten in Erfahrung bringen lässt.“ (Bauer 2006, 132)

Transkulturelle Gesundheitswissenschaften verstehen sich in ihrer Rolle im Gesundheitssystem als etwas Komplementäres und stehen keineswegs in Konkurrenz zu anderen Einrichtungen oder gar für ein Gegeneinander – vielmehr implizieren sie ein echtes Miteinander, wobei die Fortschritte der modernen Medizin mit ihrer naturwissenschaftlichen Orientierung weder bezweifelt noch klein geredet werden sollen.

Es soll aber da ergänzt werden, wo es im Interesse des Patienten und der Gesundheitsversorgung notwendig und sinnvoll erscheint. Damit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, dass Medizin sich ihrer geisteswissenschaftlichen Wurzeln wieder bewusst wird und sich ganzheitlich weiterentwickeln kann.

Was die Rolle der Sprache in diesem Zusammenhang betrifft so weist Geisler (1997) auf das Problem einer Scherenbewegung von „Sprache und Hochtechnologie“ hin und postuliert: „Einer der wichtigsten Ansprüche, die an die Medizin unserer Tage zu richten ist lautet: Zurück zur Sprache! (...) Denn eine sprachlose Medizin ist letztlich eine inhumane Medizin.“

Durch die Entwicklung der modernen Psychoneuroimmunologie kann heute weitgehend auch in einem naturwissenschaftlichen Modell erklärt

werden, warum Sprache im Heilprozess so bedeutet ist. Bauer (2006, 76-77) sieht Sprache als Teil des Resonanzsystems. Auf der Grundlage der Effekte der Spiegelneuronen hat Sprache die Fähigkeit, „schnelle und intuitive Verständigung zu erzeugen“ und sie „versetzt uns in die Lage, Spiegelbilder unserer Vorstellungen im anderen wachzurufen und dadurch gegenseitiges Verstehen zu erzeugen“. Sprache verfügt somit „über ein erhebliches intuitives und suggestives Potenzial“. Sie kann schließlich – und hier kommen wir wieder auf Paul Watzlawick und sein Beispiel der Warzenbehandlung zurück – „die Wirkung einer Handlung haben, sie kann das Äquivalent, das heißt der nahezu gleichwertige Ersatz einer tatsächlichen Handlung sein.“

Das aus der Psychotherapie bereits bekannte Phänomen Übertragung und Gegenübertragung wird von Bauer (2006, 130) als Spiegelungsphänomen beschrieben und insgesamt auf die Arzt-Patienten-Interaktion auch bei somatischen Erkrankungen übertragen: „Die inneren Einstellungen des Arztes lösen beim Patienten eine Resonanz aus und umgekehrt die des Patienten beim Arzt.“

Die Rolle der Faktoren Sprache, Kommunikation und Kultur kann für den Heilprozess somit gar nicht überschätzt werden und belegt die Notwendigkeit der kulturwissenschaftlichen Erweiterung der modernen Medizin. Wie wichtig eine solche Verknüpfung der Medizin mit den Kulturwissenschaften ist, wird zunehmend auch in der Medizin selbst erkannt. So meint Gian Domenico Borasio (2009), der an der Universität München Palliativmedizin lehrt, „dass die deutschen Universitäten zwar technisch einigermaßen gut ausgebildete, aber mehrheitlich ungebildete Mediziner produzieren.“ Den Unterschied zwischen einem bloßen Mediziner und einem wirklichen Arzt sieht er gerade und vor allem in der Bildung und weist auf folgende Aspekte hin:

„Während bis etwa zur Mitte des vorigen Jahrhunderts eine humanistische Bildung als die beste Voraussetzung für ein Medizinstudium galt, wurden es nach und nach immer mehr die Absolventen naturwissenschaftlich ausgerichteter Gymnasien, welche das Bild prägten. Allgemeinbildung, Interesse für außermedizinische Fachgebiete, die bei der Aufnahme-Prüfung für die Harvard Medical School eine große Rolle spielten, sind in Zeiten des heiligen St. Numerus Clausus nicht gefragt.“

Wie wichtig aber gerade humanistische Bildung ist, zeigt – so Borasio – vor allem die Praxis der heutigen Medizin, in der Entscheidungsprozesse so komplex und von so vielen nichtmedizinischen Variablen abhängig sind, „dass als höchstes medizinethisch-praktisch erreichbares Ziel das ‚muddling through elegantly‘ das ‚elegante Durchwursteln‘ bezeichnet wird. Die Determinanten ärztlichen Handelns sind nicht mehr nur medizinische oder gar wissenschaftlicher Natur, sondern zunehmend auch ethischer, juristischer und ökonomischer Natur, das Ganze eingebettet in einem zunehmend multikulturellen Kontext und sich rasch wandelnde Gesellschaftsstrukturen.“

5.

„Gewiss, Durchlaucht, das Wort ist die Hauptsache. Das Wort ist das Wunder; es lässt uns lachen und weinen; es erhebt uns und demütigt uns, es macht uns krank und macht uns gesund.“ (Theodor Fontane)²

Transkulturelle Gesundheitswissenschaften zeichnen sich durch folgende Sichtweisen aus:

- a) sie betrachten den Menschen in seinen Bezügen zu Gesundheit und Krankheit ganzheitlich;
- b) sie lassen sich nicht auf die körperliche und mentale Dimension von Gesundheit und Krankheit beschränken, sondern umfassen – wie die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Definition von Gesundheit festgelegt hat – gerade auch soziale Aspekte, verstehen sich also auch als soziale Wissenschaften;
- c) sie gehen von einem systemischen Verständnis von Heilung und Gesunderhaltung aus und sehen die Rolle von Therapie in einer Unterstützung der Selbstregulation, wobei sie besondere Aufmerksamkeit den Naturheilverfahren widmen;
- d) sie lassen sich nicht auf eine einzige medizinische Sichtweise begrenzen, sondern sehen ihre Aufgabe darin, andere Medizinsysteme (Ethnomedizin) vorurteilsfrei zu betrachten und bewährte Verfahren durch einen „kulturellen Transfer“ für die Nutzung in der eigenen Kultur zu übersetzen;

² Zitiert nach Geisler (1997).

e) sie sind grundsätzlich pluralistisch sowie pragmatisch und stellen alleine den Patienten in den Mittelpunkt aller Erkenntnis- und Anwendungsbemühungen;

f) sie wirken einer Spaltung in Ärzte für Körper ohne Seelen und Ärzte für Seelen ohne Körper – so Thure von Uexküll – entgegen und unterstützen den Prozess der „narrativen Wende“ der Medizin sowie das Konzept der sprechenden Medizin.

Mit Reiner Brettenthaler, dem Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer, sei abschließend darauf hingewiesen, dass auch die Psychosomatik – ausgehend vom Selbstverständnis transkultureller Gesundheitswissenschaften – „nicht unbedingt ein eigenes Fachgebiet, sondern ein Grundsatz, eine Sichtweise, die die Gesamtheit des Patienten in die Diagnosefindung und die Behandlungsstrategie mit einbezieht“ verstanden wird: „Sie schenkt dem Körperlichen nicht weniger sondern dem Seelischen mehr Aufmerksamkeit.“

Literatur:

Bauer, Joachim: Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. München 2006: Heyne Verlag.

Baumer, Thomas: Handbuch Interkulturelle Kompetenz. Zürich 2002: Füssli Verlag.

Borasio, Gian Domenico: Mediziner sind noch keine Ärzte. In: FAZ, 11. März 2009. Online:

http://www.faz.net/s/RubC3FFBF288EDC421F93E22EFA74003C4D/Doc~E0A63635E30954074BDCF5B62152A95A7~ATpl~Ecommon~Scontent.html?rss_feuilleton

Brettenthaler, Reiner: "Psychosomatik im österr. Gesundheitssystem", 22.02.2006. Online:

<http://www.aerztekammer.at/cache/000000000020060222150235.xml/Statement%20Brettenthaler.pdf>

Domenig, Dagmar: Transkulturelle Kompetenz im Umgang mit MigrantInnen. Der Weg zur gesundheitlichen Chancengleichheit. In: Bulletin of Medicus Mundi Switzerland No. 100, April 2006. Online:

<http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200602/kap3/03Domenig.html>

Geisler, Linus S.: Sprachlose Medizin? Das Verschwinden des Dialogischen. In: Imago Hominis, Wien 1997, Band IV/Nr. 1, S. 47–55.

Online: http://www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis_sprachlose.html

Geisler, Linus S.: Der gute Arzt. In: GEO WISSEN: Die neuen Wege der Medi-

zin. Nr. 30, Ausgabe September 2002, S. 76-81. Online: <http://www.linus-geisler.de/art2002/0916geo-arzt.html>

Heise, Thomas: Einleitung. In: *Transkulturelle Psychotherapie. Hilfen im ärztlichen und therapeutischen Umgang mit ausländischen Mitbürgern*. Herausgegeben von Thomas Heise. Berlin 1998: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Kohnen, Norbert: Kulturphänomene: Die Botschaft hinter den Symptomen. Umgang mit fremdländischen Patienten. In: *hautnah dermatologie*, 1·2007.

Lown, Bernard: *Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken*. Frankfurt am Main 2004: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

Uexküll, Thure von: *Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. 6. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München 2008: Urban & Fischer Verlag.

Watzlawick, Paul: *Die Möglichkeit des Andersseins – Zur Technik der therapeutischen Kommunikation*. Bern 1977: Huber Verlag.

Wolf, Christa: *Krankheit und Liebesentzug. Fragen an die psychosomatische Medizin*. In: *Christa Wolf: Die Dimension des Autors. Essays und Aufsätze, Reden und Gespräche 1959-1985*. Berlin und Weimar 1986: Aufbau Verlag.