

1 Einleitung

Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, im Rahmen einer Rettungsstelle den Einfluss unterschiedlicher soziodemographischer, soziokultureller und beschwerdebezogener Faktoren bei der Entstehung von Patientenvorstellungen bezüglich ihrer Beschwerdeursachen zu untersuchen, um deren praktische Relevanz abschätzen zu können.

Das Bild der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in sowie deren jeweilige Rollendefinition hat sich seit Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts deutlich verändert (Koch 2000). Bis Ende der 50er Jahre herrschte ein asymmetrisches Beziehungsverständnis vor, in dem sich die Patienten/innen in einem patriarchalen Verhältnis als hilflose Laien den Ärzten/innen als allwissenden Experten anvertrauten (Zenz et al. 1996). Noch 1964 definierte Parsons die Arzt-Patienten-Beziehung dahingehend, dass Patienten/innen, durch ihre Krankenrolle von sonstiger gesellschaftlicher Verantwortung entbunden, lediglich die Pflicht haben, ärztlichen Rat zu suchen und sich der absoluten Kompetenz der Mediziner/innen unterzuordnen (Parsons 1964). Die Ärzte/innen waren die aktiven Beziehungspartner, welche die Diagnose stellten und eine entsprechende Behandlung anordneten, während die Patienten/innen den passiven Teil darstellten und entsprechend die Anordnungen möglichst bedingungslos befolgen sollten (Koch 2000).

Seitdem hat ein gesellschaftlicher Wandlungsprozess hin zu wachsender Bedeutung von Autonomie und Mündigkeit der Patienten/innen stattgefunden. Diese spiegelt sich nicht nur in der gesellschaftlichen Forderung nach mehr Selbstbestimmung bei medizinischen Behandlungen sowie einem gleichberechtigteren Miteinander von Ärzten/innen und Patienten/innen wider, sondern auch in einer veränderten Rechtsprechung, welche die Patientenseite deutlich gestärkt hat (Christeiner 1999; Koch 2000). So urteilte das Bundesverfassungsgericht 1979, dass „Mitwirken, Dialog und Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten nur möglich sind, wo dieser zunächst über die in seinem Fall bestehende medizinische Situation aufgeklärt worden ist ... Sie macht den Patienten ... zu einem verständigen Partner“ (Scheel 1993). Dass das Wollen der Patienten/innen über das Heilen gestellt ist, wird nicht zuletzt in der Diskussion um die sogenannte Patienten-Verfügung deutlich (Koch 2000).

Patienten/innen geben ihre Verantwortung beim Arztbesuch nicht ab. Balint geht vielmehr davon aus, dass Patienten/innen mit ausgeprägten Krankheitsvorstellungen und Erwartungen zum Arzt/zur Ärztin kommen und Diagnose wie Therapie das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen den Interaktionspartnern seien. Zu einem therapierelevanten Bündnis komme es dabei

nur bei weitgehender Übereinstimmung der Positionen (Balint 1984). Dies setzt aber ärztlicherseits Offenheit und Respekt gegenüber der subjektiven Perspektive der Patienten/innen und ihrer Krankheitsvorstellungen voraus (Kirmayer 2001).

Besonderheiten des Arzt-Patient-Verhältnisses bei Kranken mit Migrationshintergrund

Im Jahre 1950 betrug der Ausländeranteil an der Bevölkerung in Deutschland lediglich 1%. Seit dem hat sich Deutschland kontinuierlich zu einem Einwanderungsland entwickelt. 1992 erreichte der Zuzug nach Deutschland mit 1,5 Millionen Personen seinen historischen Höchststand. 2003 waren es noch 800.000 Menschen, die aus dem Ausland nach Deutschland zogen. Insgesamt lebten 2003 7,3 Millionen Ausländer/innen in Deutschland. Das entspricht 8,9% der Bevölkerung. Davon wiederum leben 61% bereits länger als 10 Jahren in Deutschland. 25,6% der Migranten/innen sind türkischer Herkunft. Sie stellen damit die größte Einwanderergruppe dar (Migrationsbericht 2004).

In den 80er und 90er Jahren war die Kernaussage der Ausländerpolitik, dass Deutschland kein Einwanderungsland sei. Diese bewusste Leugnung blockierte nicht nur politische Gestaltungsräume, sondern verhinderte auch notwendige Integrationsprozesse (Angenendt 1997; Zuwanderungsrecht und Zuwanderungspolitik 2005). Die Anerkennung eines nicht nur vorübergehenden Aufenthaltes fand in der Gesetzgebung erst mit der Schaffung des am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen neuen Zuwanderungsrechtes statt. Neben dem Ziel der Steuerung und der Begrenzung der Zuwanderung beinhaltet es explizite Maßnahmen zur Integration von dauerhaft in Deutschland lebenden Ausländern/innen (Zuwanderungsrecht und Zuwanderungspolitik 2005).

Die Förderung der Integration stellt einen wichtigen Beitrag zur Reduktion von Konfliktpotentialen dar. Gerade aber im gesundheitlichen Bereich wird dies weiterhin nur mangelhaft umgesetzt (Hegemann 1998). Die WHO-Forderung von 1978 nach Verwirklichung einer gesundheitlichen Chancengleichheit ist diesbezüglich in Deutschland noch nicht realisiert (Neuber 2005). So stellte „Der Spiegel“ im Januar 2004 eine schlechtere Versorgung von türkischen Patienten/innen mit psychiatrischen Erkrankungen fest (Hackenbroch 2004) und das „Deutsche Ärzteblatt“ betonte in seiner Märzausgabe 2005 weiterhin die Notwendigkeit der Schaffung von Dolmetscherdiensten mit speziellen Schulungen. Jedoch garantieren auch Dolmetscher/innen nicht das Verschwinden interkultureller Missverständnisse, die nicht selten die Beziehung zwischen ausländischen Patienten/innen und deutschen Ärzten/innen belasten (Neuber 2005). Migranten/innen kommen häufig mit hohen und durchaus soziokulturell

geprägten Erwartungen zum Arzt/ zur Ärztin. Oft fühlen sie sich dabei in ihren Leiden nicht ernst genommen. Koch fordert daher, interkulturelle Kompetenzen in der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu vermitteln (Koch et al. 1999; Koch 2000). Um auch für Migranten/innen das Recht auf Selbstbestimmung und eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten, ist es unumgänglich, sich mit dem verschiedenartigen Krankheitserleben und den unterschiedlichen Krankheitsvorstellungen auseinander zu setzen. In der Medizin spielte die migrationsbezogene Forschung allerdings noch immer nur eine marginale Rolle. Hier besteht weiterhin Nachholbedarf (Koch 2000).

Im Folgenden sollen die theoretischen Grundlagen sowie der wissenschaftliche Stand der Forschung zu subjektiven Ursachenvorstellungen dargestellt und die Bedeutung von Kultur und Migration für die Entstehung von Krankheitsvorstellungen beschrieben werden.

1.1 Tradition der Subjektorientierung in der psychologischen Forschung

Die Entwicklung einer subjektorientierten Perspektive mit der wissenschaftlichen Betrachtung individueller Vorstellungen ist eng mit der Etablierung der Sozialpsychologie als eigenständigem Forschungszweig verbunden (Zimbardo 1995). Letztlich stellt diese Hinwendung zu intrapsychischen kognitiven Aspekten des menschlichen Daseins innerhalb der Psychologie einen Paradigmenwechsel dar (Weinman et al. 1997; Kuhn 1976). Der bis dahin traditionell in der Psychologie vorherrschende Behaviorismus betrachtete den Menschen lediglich als Forschungsobjekt und akzeptierte folglich nur Methoden und Konzepte, die sich mit objektivierbaren Aspekten wie dem menschlichen Handeln und Verhalten beschäftigen (Zimbardo 1995). Die neue subjektorientiertere Perspektive versuchte nun Methoden zu entwickeln, um den Prozessen näher zu kommen, die im Menschen selber ablaufen und darüber das Verhalten vermitteln (Fincham et al. 2002; Faller 1989).

1958 veröffentlichte Heider seine ersten systematischen Untersuchungen menschlicher Ursachenvorstellungen und begründete damit die Attributionsforschung (Heider 1977). Er betrachtete den Alltagsmenschen als einen naiven Wissenschaftler, der rationale Handlungsanalysen vornimmt und dabei beobachtbare Folgen mit nicht beobachtbaren Ursachen verknüpft. Die Motivation dazu sah Heider in dem Bestreben, größere Kontrolle über die eigene Umwelt und ihre Wirkung auf das eigene Leben zu erlangen. Die Dimensionen, in die er die Attributionen einteilte, waren internal versus external und stabil versus variabel. Somit konnten Ursachen in der Person oder in der Situation begründet sein sowie einen veränderbaren oder

unveränderbaren Charakter haben. Später kam eine weitere Dimension hinzu, die betrachtete, ob die Ursache selbst- oder fremdverschuldet war (Fincham et al. 2002).

Kelly führte die Attributionsbetrachtungen weiter, indem er das wissenschaftliche Modell der Varianzanalyse auf die menschliche Ursachenzuschreibung übertrug (Kelly 1967). Danach müssen Effekt und Bedingung zusammenkommen, damit sie als ursächlich aufeinander bezogen werden können. Zusätzlich entwarf Kelly das Konzept einer personellen Struktur. Danach strukturieren Individuen ihre Annahmen von der Welt nach komplexen inneren Schemata (Fincham et al. 2002; Kirmayer et al. 1994).

Im Verlaufe weiterer Attributionsforschungen wurde deutlich, dass menschliche Ursachenvorstellungen gewissen Neigungen und Verzerrungen unterworfen sind (Fincham et al. 2002). Diese Neigungen können kognitiver, also informationsbezogener, motivationaler oder kultureller Natur sein. So beschreibt beispielsweise der Begriff des fundamentalen Attributionsfehlers die allgemeine Neigung, situative Aspekte zu unterschätzen und personenbezogene, dispositionale Aspekte zu überschätzen. Diese Neigung ist in individualistischen Kulturen ausgeprägter feststellbar als in kollektiven (Miller 1984). Ein weiteres Beispiel sind selbstwertdienliche Verzerrungen, die dazu führen, dass Erfolge zumeist der eigenen Person zugeschrieben, Misserfolge aber eher auf externe Faktoren zurückgeführt werden (Fincham et al. 2002).

In seinem Konstrukt der sozialen Repräsentation übertrug Moscovici das Konzept der mentalen Repräsentationen, worunter in der Sozialpsychologie mentale Abbildungen und Entwürfe des Einzelnen über die Wirklichkeit verstanden werden, auf menschliche Vorstellungen, die im sozialen Rahmen entstehen (Fincham et al. 2002; Moscovici 1995). Soziale Repräsentationen stellen danach ein gemeinsames Deutungs-, Erklärungs-, Handlungs- und Problemlösungsrepertoire von Gruppen und Gesellschaften dar. Sie beinhalten wiederkehrende und umfassende Bilder, Glaubensinhalte, symbolische Verhaltensweisen sowie veranschaulichende Beispiele und Wertehierarchien. Ihre Entstehung haben diese Repräsentationen in der zwischenmenschlichen Kommunikation. Sie werden in sozialer und medialer Interaktion gestaltet, wodurch sich ein mentales Netzwerk im kollektiven Gedächtnis verankert. Die sozialen Repräsentationen sind nach Moscovici nicht einfach Abbilder der Wirklichkeit; vielmehr wird die erlebbare Wirklichkeit in ihnen erst erschaffen und konstituiert (Moscovici 1995; Christeiner 1999).

Insbesondere im deutschsprachigen Raum entfaltete die subjektorientierte Perspektive in der Psychologie eine besondere Bedeutung (Zimbardo 1995).

So entwickelte sich mit der von Holzkamp gegründeten Kritischen Psychologie eine eigenständige psychologische Schule, welche die subjektwissenschaftliche Orientierung als Basis ihrer gesamten Konzeptualisierung definierte. Psychologische Wissenschaft soll danach generell vom Standpunkt des Individuums aus stattfinden, um dem Anspruch gerecht zu werden, einen für die Betroffenen „emanzipatorisch relevanten Beitrag“ zu leisten. Der nicht subjektwissenschaftlich orientierten Psychologie wird eine fehlerhafte Methodik vorgeworfen, die letztlich nur triviale Ergebnisse erheben könne. Das Subjekt wird in einem situativ prägenden, gesellschaftlichen Rahmen gesehen, der historisch veränderbar ist (Holzkamp et al. 1984; Zimbardo 1995).

Das Forschungsprojekt der Subjektiven Theorie geht vor allem auf Groeben und Scheel zurück (Faller 1989; Zimbardo 1995; Christeiner 1999). Sie definierten subjektive Theorien als „Kognitionen der Selbst- und Weltsicht, die im Dialog-Konsens-Verfahren aktualisierbar und rekonstruierbar sind, als komplexes Aggregat mit (zumindest impliziter) Argumentationsstruktur. Dieses erfülle auch die zu objektiven (wissenschaftlichen) Theorien parallele Funktion der Erklärung, Prognose und Technologie, deren Akzeptierbarkeit als „objektive“ Erkenntnis zu prüfen ist“ (Groeben et al. 1988). Das bedeutet, dass es sich bei subjektiven Theorien um individuelles rationales Wissen von Menschen für den Alltagsgebrauch handelt, das aus thematisch verknüpften Annahmen besteht und von Außenstehenden über Gespräche nachvollziehbar ist. Die Wissenschaftsparallelität schafft eine gewisse Subjekt-Objekt-Symmetrie zwischen Forscher und Erforschten. Als wesentliches Kernstück der Subjektiven Theorie beschreiben Groeben und Scheel die Kausalattribution (Faller 1989). Kritik wurde an ihrem Konstrukt dahingehend geäußert, dass es die Gefahr eines einseitigen Kognitivismus und Rationalismus berge und emotionale und motivationale Prozesse außer Acht lasse (Faller 1990; Verres 1989). Nichtsdestotrotz war das Konzept der Subjektiven Theorie für viele deutschsprachige Autoren eine wichtige Ausgangsbasis bei der Erforschung subjektiver Krankheitskonzepte (Faller 1989, Verres 1989).

Im angloamerikanischen Sprachraum gelten die beiden Autoren Kleinman und Leventhal als Pioniere der Erforschung subjektiver Krankheitskonzepte (Kirmayer et al. 1994). Kleinman etablierte den Begriff der „Erklärungsmodelle“ in der Medizin, worunter er krankheitsbezogene Meinungen von Patienten/innen, Familienangehörigen und Praktikern/innen verstand, die einer kulturellen Prägung unterliegen (Kirmayer et al. 1994). Bereits 1978 vertrat er die Position, dass die Wahrnehmung der Erklärungsmodellperspektive essentieller Bestandteil der medizinischen Praxis sein müsse, da diese die Symptomwahrnehmung und -präsentation sowie die Kommunikation zwischen Ärzten/innen und Patienten/innen präge. Er forderte die Einführung

einer klinischen Routine zur systematischen Erhebung von Erklärungsmodellen als Zugang zur individuellen Bedeutung des Krankseins (Kleinman 1978).

Leventhal entwarf das Konzept des Selbstregulationsmodells, um krankheitsbezogene Kognitionen sowie daraus folgendes Patientenverhalten zu erklären (Cameron et al. 1993; Kirmayer et al. 1994). Er sah die adaptive Reaktion auf somatische Veränderungen in einer Interaktion zwischen emotionalen und kognitiven Aspekten. Diese adaptive Reaktion folgt einem Drei-Stufen-Prozess, der aus Informationsinterpretation mit Beurteilung der Bedrohungslage, dem Entwurf eines Handlungsplanes und dem Monitoring der Handlungsdurchführung mit entsprechenden Planungsmodifikationen besteht. Ziel dieser adaptiven Reaktion ist die Regulation der Bedrohung und der aus ihr erwachsenden Gefühle (Cameron et al. 1993; Nerenz et al. 1983).

1.2 Subjektive Krankheitskonzepte und ihre Bedeutung

1.2.1 Begriffsbestimmung und Synonyme

In der Psychologie wird unter dem Begriff Konzept die Gesamtheit themenspezifischer Vorstellungen verstanden. Subjektive Konzepte enthalten kognitive, emotionale und motivationale Aspekte und stellen ein geordnetes Wissen über komplexe Sachverhalte dar. Sie beeinflussen Erleben, Erwartungen und Prognosen und dienen der Orientierung und der Handlungssteuerung. Eine wichtige Rolle spielen subjektive Konzepte bei individuellen Erklärungsprozessen sowie im Rahmen der Selbstwertstabilisierung (Dreher et al. 1999).

Entsprechend stellen subjektive Krankheitskonzepte die Gesamtheit der individuellen Vorstellungen dar, die sich Personen über Krankheit (und Gesundheit) im Allgemeinen und die eigene Krankheit (und Gesundheit) sowie die nahestehender Personen im Speziellen entwerfen (Dreher et al. 1999; Christeiner 1999). Sie sind Deutungs- und Handlungssysteme mit krankheitsbezogenem Inhalt von Patienten/innen und deren Familienangehörigen sowie von gesunden Alltagspersonen. Interpersonell können sie verschiedene Differenzierungsgrade erreichen. Auch einzelne Personen haben multiple Konzepte, die kein einheitliches, durchgängig logisch miteinander verbundenes System darstellen. Sie betreffen verschiedene Bereiche und beinhalten selbst innerhalb eines Bereiches unterschiedliche Vorstellungen, die zusammenhängen oder parallel zueinander existieren und sich dabei durchaus widersprechen können (Dreher et al. 1999; Henderson et al. 2000; Weinman et al. 1997; David et al. 2001).

Synonyme für subjektive (Krankheits-)Konzepte sind Alltagswissen, Laienvorstellungen, Laintheorie, naive Theorie, subjektive Theorie, subjektive Vorstellungen, subjektive

Repräsentationen oder mentale Modelle (Christeiner 1999; Henderson et al. 2000). Alle Begriffe umschreiben einen ähnlichen Sachverhalt, betonen aber unterschiedliche Aspekte. So beschreibt der Theoriebegriff die kognitive Seite, während der Laien- oder Alltagsbegriff den Gegensatz zum Expertenwissen hervorheben will. Der Begriff des subjektiven Krankheitskonzeptes erscheint uns als der umfassendste und wertfreieste, weshalb wir uns im Weiteren auf diesen beziehen werden.

1.2.2 Inhaltliche Komponenten subjektiver Krankheitskonzepte

Subjektive Krankheitskonzepte beinhalten Vorstellungen von dem, was Gesundheit und was Krankheit für den Einzelnen bedeutet und worin ihre Unterscheidung liegt (Christeiner 1999).

Sie umfassen Körpervorstellungen und das Erleben des eigenen Körpers, was die Wahrnehmung somatischer oder psychischer Veränderungen sowie Schemata zur Symptominterpretation einbezieht. Entsprechend können Veränderungen abhängig vom Krankheitskonzept als bedeutungslose Ereignisse oder als krankheitsrelevantes Symptom eingeschätzt werden (Stern 1989; Robbins et al. 1991; van Wijk et al. 1997).

Subjektive Krankheitskonzepte beinhalten Vorstellungen zum Krankheitsbeginn und zur Krankheitsidentität bzw. zu deren Benennung sowie zur Krankheitsursache und zur Pathophysiologie. Einschätzungen zu Dauer und zum Verlauf einer Krankheit sowie Abschätzungen der Konsequenzen durch die Krankheitsschwere und deren Bedrohlichkeit sind weitere Aspekte subjektiver Krankheitskonzepte (Bischoff et al. 1989; David et al. 2001; Kirmayer et al. 1994; Robbins et al. 1991).

Krankheitsbezogene Ursachenvorstellungen lassen sich nach bestimmten Dimensionen kategorisieren. Sie können prinzipiell somatischer oder psychischer Natur sein. Krankheiten können internalen, innerhalb der Person gelegenen oder externalen, durch äußere Faktoren bedingten Ursachen zugeordnet werden. Diese können vermeidbar oder unvermeidbar sein, stabil und unveränderbar oder variabel und damit beeinflussbar. Sie können vom Patienten/von der Patientin, z.B. über mangelndes Gesundheitsverhalten, als selbstverantwortet oder, z.B. durch Übertragung, als fremdverschuldet empfunden werden. Insgesamt sind Ursachenvorstellungen meistens multikausaler Natur (Bischoff et al.1989; Hasenbring 1989; David et al. 2001; Karanci 1986).

Subjektive Krankheitskonzepte beinhalten Vorstellungen der Kontrollierbarkeit von Krankheiten. Dazu gehören Aspekte der Heilbarkeit und möglicher Behandlungsformen sowie Vorstellungen davon, von wem Krankheit kontrollierbar bzw. behandelbar ist. Entsprechende

Kontrollvorstellungen können wiederum prinzipiell internaler oder externaler Natur sein, wobei sich die außerhalb der eigenen Person liegende Kontrolle noch dahingehend differenzieren lässt, ob sie von anderen Personen oder Institutionen ausübt wird oder letztlich eine fatalistische Vorstellung darstellt, die mit Nicht-Kontrolle gleichbedeutend ist (Bischoff et al. 1989; Hasenbring 1990; Kirmayer et al. 1994).

Ein weiterer Aspekt subjektiver Krankheitskonzepte sind emotionale Komponenten oder Reaktionen, die mit Erkrankungen oder mit bestimmten krankheitsbezogenen Vorstellungen verbunden sind (Christeiner 1999).

Des Weiteren beinhalten subjektive Krankheitskonzepte Vorstellungen und Einschätzungen der sozialen Folgen von Krankheiten bzw. der sozialen Rollen, die mit ihnen einhergehen. Dazu gehören Aspekte wie soziale Stigmatisierung durch z.B. psychiatrische Erkrankung sowie Folgen für die Teilnahme am sozialen Leben und an der Arbeitswelt, aber auch Vorstellungen zur Arzt- oder Patientenrolle (Christeiner 1999; David et al. 2001).

Ein aus subjektiver Sicht wesentlicher Bestandteil der Krankheitskonzepte sind Fragen zu Krankheitsbedeutung und Krankheitssinn, die ein Bindeglied zwischen der persönlichen Identität und der Gefährdung der eigenen Integrität darstellen. Dabei sind Krankheitskonzepte oft eng mit Selbstsicht und Aspekten des Selbstwertes verbunden (Faller 1989). Becker betont hierbei, dass gerade in diesem Zusammenhang die Vorstellungen noch stark von magischem Denken über Schuld und Strafe geprägt sind (Becker 1984).

1.2.3 Entstehung subjektiver Krankheitskonzepte und ihre Einflussfaktoren

Unerwartete, bedrohliche, belastende, emotionale und schwer kontrollierbare Situationen sind für den Menschen erklärungsbedürftig und lösen folglich Attributionsprozesse und andere kontrollbezogene Kognitionen aus (Hasenbring 1990; Fincham et al. 2002). Besonders Krankheiten stellen einen entsprechenden Stressor dar, der je nach Erkrankungsschwere als zunehmende Bedrohung für die persönliche Integrität erlebt wird und das bisherige Leben in Frage stellen kann. Daher gelten vielen Autoren/innen gerade Krankheiten als idealtypischer Auslöser von subjektiven Konzepten (Jacob et al. 1999; Faller 1989; Schaefer et al. 2002). Bereits bei gesunden Probanden/innen lässt sich nachweisen, dass die überwiegende Mehrheit über ausgeprägte Krankheitskonzepte verfügt (Jacob et al. 1999). Auch bei Patienten/innen mit verschiedenen Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein Großteil konkrete Vorstellungen über die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der jeweiligen Erkrankung hat (Pflanz 1958; Cope et al. 1994; Schuth 1991).

Subjektive Krankheitskonzepte sind keine starren Strukturen, die im Krankheitsfalle immer gleichartig abgerufen werden. Vielmehr entstehen sie aus dynamischen Prozessen und werden bei Konfrontation mit Krankheit spontan gebildet (Kirmayer et al. 1994). Dabei interagieren relativ stabile vorgefertigte Schemata mit eher variablen, sich im Krankheitsprozess wandelnden Komponenten bis hin zu stark prozessualen, psychodynamischen Aspekten, die von der jeweiligen Befragungssituation abhängen. Sie sind das individuelle Ergebnis eines adaptiven Auseinandersetzungsprozesses mit der jeweiligen Krankheit (David et al. 2001; Sensky 1997).

Die vorgeformten Aspekte der subjektiven Krankheitskonzepte, beispielsweise die stabilen Attributionsstile mit einer überdauernden Tendenz zu psychologischen oder körperlichen Ursachenvorstellungen (Robbins et al. 1991; Bischoff et al. 1989), werden bereits in der Kindheit angelegt. Sie entwickeln sich durch familiäres Krankheitsverhalten, Erziehung, Erleben von eigenen Krankheiten oder Erkrankungen nahestehender Personen sowie durch andere Sozialisationsprozesse (Sensky 1997; Schmidt et al. 1994). Bereits bei Vorschulkindern und Schulkindern lassen sich abhängig von der jeweiligen Entwicklungsstufe komplexe Krankheitsvorstellungen nachweisen. Diese sind noch stark von erlebbaren Krankheiten und dem kulturellen Hintergrund geprägt (Schmidt et al. 1994; Dreher et al. 1999). Die kulturspezifische Prägung der subjektiven Krankheitskonzepte spielt aber auch im Erwachsenenalter noch eine entscheidende Rolle (Christeiner 1999; Kirmayer et al. 1994; Pfeiffer 1998).

Des Weiteren werden die subjektiven Krankheitskonzepte über Schule, soziale Kontakte, Medien oder medizinische Zusammenhänge durch das Erwerben von konkretem Wissen und allgemein verbreiteten Vorstellungen weiterentwickelt. Hierbei kommt der jeweiligen medizinischen Versorgungssituation und dem Zugang zu entsprechenden medizinischen Informationen eine wichtige Bedeutung zu (Robbins et al. 1991; Stern 1989).

Individuell werden die Krankheitskonzepte aber auch durch die persönliche Biografie geprägt, wobei insbesondere vorhergehenden Krankheiten als Schlüsselerlebnissen eine zentrale Bedeutung zukommt, deren Deutungen dann symbolisch auf andere Krankheiten übertragen werden (Bauer-Wittmund 1996; Kirmayer 2001).

Weitere Merkmale bzw. Einflussfaktoren, die die Krankheitskonzepte prägen, sind bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, das jeweilige Alter, das Geschlecht, der Schulabschluss, der Beruf und der soziale Status (Benyamini et al. 2000; Christeiner 1999; Thebaldi et al. 1996).

Die variablen Aspekte der subjektiven Krankheitskonzepte kommen unter anderem durch die eigene Betroffenheit zustande. Gesunde Probanden/innen haben gegenüber erkrankten Patienten andere Krankheitskonzepte, sie nehmen andere Aspekte wahr und gewichten anders (David et al. 2001; Dreher et al. 1999; Verres 1989). Auch weisen die Krankheitskonzepte Unterschiede

bezüglich des Bezugspunktes auf. Allgemein geäußerte Krankheitsursachen entsprechen häufig nicht den Krankheitsursachen, die für sich selber geltend gemacht werden. Beispielsweise sind Herzinfarktpatienten/innen häufig die klassischen Risikofaktoren ihrer Krankheit bekannt, oft werden sie aber als für sich selber nicht relevant erlebt (Faller 1990).

Des Weiteren hängen subjektive Krankheitskonzepte von der jeweiligen Krankheit ab, von ihrer Manifestation, ihrer Bedrohlichkeit, den Konsequenzen, der Dauer und dem Verlauf (Christeiner 1999; Cameron et al. 1993; Faller 2001). Sie sind insofern krankheitsspezifisch, als spezielle Krankheiten mit bestimmten Vorstellungen verbunden werden. So beherrschen bei Krankheiten mit gut bekannten Ursachen, z.B. beim Herzinfarkt, soziale Stereotypen die Vorstellungen, während Krankheiten mit weniger bekannten Ursachen, wie die Leukämie, mehr Raum für eigene Projektionen lassen (Faller 1990). Auch eine gesellschaftliche Stigmatisierung bestimmter Krankheiten kann dazu beitragen, dass die Ursachen von bestimmten Beschwerden in eine sozial eher akzeptierte Richtung interpretiert werden (Piccinelli et al. 1997). Die Manifestation einer Krankheit prägt die Krankheitsvorstellung über die wahrgenommenen Symptome. So werden somatische Symptome eher auf somatische Ursachen bezogen, während psychische Symptome eher psychologisch interpretiert werden (Ahrens et al. 1981). Bei Karzinompatienten/innen konnte gezeigt werden, dass auch die Lokalisation der Erkrankung die jeweilige Ursachenvorstellung prägt (Hasenbring 1989). Bei an Rheuma erkrankten Patienten/innen ließ sich nachweisen, dass Unterschiede in den subjektiven Krankheitskonzepten durch den Krankheitsverlauf entstanden. So hatten akut erkrankte Patienten/innen grundlegend andere Vorstellungen als chronisch erkrankte (Ostkirchen et al. 1989). Auch mit der Dauer einer Krankheit verändern sich die Krankheitskonzepte. Durch die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Krankheit und eine Vergrößerung des jeweiligen Krankheitswissens werden die Krankheitskonzepte konkreter, komplexer und ausgeprägter (Cameron et al. 1993; David et al. 2001). Andererseits besteht bei längerer Krankheitsdauer eine Tendenz zu psychologisierenden Vorstellungen (Faller 1989).

Subjektive Krankheitskonzepte können aber auch einen stark prozessualen Charakter haben und sind von der jeweiligen Situation sowie vom Verlauf des Gesprächs zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in geprägt, sind also kontextabhängig. Häufig sind sie dabei inkonsistent, sich widersprechend und instabil (Verres 1989; Faller 1989; Bischoff et al. 1989). Sie werden von Emotionen geprägt, spielen eine Rolle bei Abwehrprozessen, können selbstwertdienlich sein und unterliegen verschiedenen anderen psychodynamischen Prozessen (Fincham et al. 2002; Hasenbring 1990; Thebaldi et al. 1996).

1.2.4 Psychologische Bedeutungen subjektiver Krankheitskonzepte

Subjektive Konzepte sollen die äußere Welt für das Individuum verständlich machen. Der Mensch orientiert sich über sie in den unterschiedlichen Situationen und sozialen Kontexten. Sie dienen dabei der Situationseinschätzung, der Abschätzung der Verhaltensweisen anderer Menschen sowie der Beurteilung der eigenen Handlungsmöglichkeiten mitsamt den entsprechenden Folgen und Erfolgsaussichten (Fincham et al. 2002; Christeiner 1999; Hasenbring 1990).

Eine erlebbare Wirklichkeit existiert letztlich nicht ohne ihre mentale Rekonstruktion. Sie stellt einen aktiven Interpretationsprozess des Menschen dar (Weinman et al. 1997; Zenz et al. 1989). Hierbei bilden die Attributionsprozesse die moderierenden Kognitionen zwischen dem Reiz und der Reaktion. Subjektive Konzepte sind das Bindeglied, der Vermittler zwischen Erleben, Persönlichkeit und eigener Biografie (Faller 2001).

Als Hauptfunktion der subjektiven Konzepte und insbesondere der Attributionsprozesse wird von verschiedenen Autoren die Gewinnung von Kontrolle und Handlungsautonomie genannt. Die Welt soll verstehbarer werden und damit vorhersagbarer und kontrollierbarer (Kirmayer et al. 1994; Schaefer et al. 2002; Zenz et al. 1989). In Bezug auf die subjektiven Krankheitskonzepte sollen durch das Verstehen der Ursachen und das Erstellen von Prognosen die Krankheiten beherrschbarer werden. Durch ihre Vorhersagbarkeit erscheinen Krankheiten eher vermeidbar oder zumindest frühzeitig therapierbar. Ursachenbezogene Aspekte der subjektiven Konzepte stellen hierbei retrospektive Kontrollversuche dar, während Beeinflussungsvorstellungen prospektive Kontrollversuche sind. Ein erlebter Mangel an Kontrollmöglichkeiten kann wiederum das emotionale Befinden negativ beeinflussen und depressive Verarbeitung zur Folge haben (Hasenbring 1989).

Subjektive Konzepte im Allgemeinen und subjektive Krankheitskonzepte im Besonderen sind handlungsweisend bzw. -steuernd. Sie beeinflussen die Entscheidung zu gesundheitsförderndem Verhalten, zu Selbsthilfemaßnahmen oder zum Aufsuchen medizinischer Hilfe (Faller 1989; Nathan et al. 2001). Im Nachhinein kommt ihnen oft auch eine handlungsrechtfertigende Funktion zu (Faller 1990).

Subjektive Konzepte sind zudem eine wichtige Voraussetzung für zwischenmenschliche Interaktionen bzw. für Kommunikation mit anderen. Dabei beinhalten sie auch Aspekte zu sozialen Rollendefinitionen (Kirmayer et al. 1994; Christeiner 1999).

Bei Gesunden bzw. Nicht-Betroffenen haben subjektive Krankheitskonzepte zumeist die Aufgabe, Krankheiten von sich selber fernzuhalten oder abzuwenden. Vielfach kommt ihnen

auch die Funktion zu, das Selbstbild der eigenen Unverletzbarkeit aufrecht zu erhalten oder gesundheitsgefährdendes Verhalten zu rechtfertigen (Christeiner 1999; Dreher et al. 1999).

Bei erkrankten Personen haben subjektive Krankheitskonzepte eine wichtige Bedeutung in der Krankheitswahrnehmung und -bewältigung. Mittels der Krankheitskonzepte versuchen Patienten/innen ihre Erkrankungen aktiv zu beeinflussen und zu kontrollieren. Gleichzeitig stellen sie aber auch die Instanz dar, über die der Erfolg von Kontroll- und Bewältigungsversuchen beurteilt wird (Cameron et al. 1993). Ein ausgeprägtes Nicht-Vorhandensein von Ursachenvorstellungen kann dabei ein Zeichen für eine dethematisierende und verleugnende Bewältigungsstrategie sein, während das Dominieren von psychologischen Ursachenvorstellungen oft mit Strategien zusammenhängt, denen psychische Heilungsvorstellungen zugrunde liegen (Bauer-Wittmund 1996). Komplexere Krankheitsvorstellungen wiederum hängen häufig mit aktiveren Bewältigungsstrategien zusammen und sind weniger erschütterbar, wohingegen einfachere Krankheitskonzepte häufiger mit depressiver Krankheitsverarbeitung zusammenhängen (Cameron et al. 1993).

Den z.T. sehr variablen Aspekten der subjektiven Krankheitskonzepte kommen oft psychodynamische Abwehrfunktionen zu. Sie dienen dazu, die Aufmerksamkeit zu lenken und belastende Emotionen abzuwehren oder deren Bewältigung auf spätere Situationen zu verschieben (Dreher et al. 1999; Faller 1989). Andererseits können sie auch bezwecken, gesellschaftlich stigmatisierte Krankheiten, wie etwa psychiatrische Erkrankungen, zu umgehen (Kirmayer et al. 1994). Hierbei wird die selbstwertdienliche Komponente subjektiver Krankheitskonzepte deutlich. Sie spielt eine wichtige Rolle bei der Behauptung des eigenen Selbstbildes bzw. bei der Erneuerung eines möglicherweise durch Erkrankung geschädigten Selbstwertes (Bischoff et al. 1989; Verres 1989). Somit ist die persönliche Sinnsuche aus Patienten-Sicht ein wichtiger Aspekt der jeweiligen Krankheitskonzepte. Sie haben eine identitätsstiftende Funktion (Christeiner 1999; Faller 1989). Watzlawick zufolge ist ein sinnvolles Leiden erträglicher als ein gänzlich sinnentleertes (Watzlawick 1992). Gerade dieser identitätsstiftende Aspekt kann verständlich machen, weshalb objektiv falsche Vorstellungen aus Sicht von Patienten/innen subjektiv kongruent und sinnvoll sein können. Dies kann bei subjektiven Krankheitskonzepten durchaus zu einer ausgeprägten Falsifikationsresistenz führen (Christeiner 1999).

1.2.5 Medizinische Bedeutung subjektiver Krankheitskonzepte

Aus Sicht von Patienten/innen beginnt eine Krankheit zumeist mit der Wahrnehmung von mehr oder weniger belastenden Symptomen. Diese veranlassen dazu, Eigenhilfemaßnahmen vorzunehmen, eine Behandlung aufzuschieben oder sich für das Aufsuchen professioneller Hilfe zu entscheiden (Bischoff et al. 1989; Kirmayer et al. 1994; Robbins et al. 1991). Die persönliche Interpretation körperlicher oder psychischer Veränderungen und die individuellen Krankheitskonzepte sind eine wesentliche Voraussetzung der Symptomwahrnehmung und der Symptombeurteilung sowie der primären Entscheidung, wie diese Symptome zu handhaben sind (Robbins et al. 1991; van Wijk et al. 1997).

Selbstbehandlung bzw. das medizinische Laiensystem stellen diesbezüglich die erste Ebene der Gesundheitsversorgung dar; ein großer Teil an leichteren Erkrankungen wird darüber gar nicht erst dem Arzt/der Ärztin vorgestellt (Bischoff et al. 1989; Christeiner 1999). Je nach eigenen Krankheitskonzepten entscheiden die Patienten/innen nun, welche Maßnahmen sie zur Behandlung der Erkrankung für geeignet halten und von wem sie therapierbar ist. So tendieren beispielsweise ältere Menschen weniger dazu, einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen, wenn sie ihre Beschwerden auf Alterungsprozesse zurückführen. Patienten/innen mit ganzheitlichen Körperkonzepten wiederum sind eher dazu geneigt, Hilfe im alternativen Medizinbereich zu suchen, während Patienten/innen mit psychischen Ursachenvorstellungen gezielter Hilfe von Psychotherapeuten/innen in Anspruch nehmen (Robbins et al. 1991; Schuth 1991; Kirmayer et al. 1994). Die Einschätzung der Krankheit als ernsthaft und als schwer selber kontrollierbar stellt diesbezüglich ein wesentliches Motiv dar, professionelle Hilfe aufzusuchen. Diese Entscheidung aber, sich professionell behandeln zu lassen, beinhaltet zumeist konkrete Behandlungserwartungen (Bischoff et al. 1989; David et al. 2001; Faller 1991; Kirmayer 1994). Zenz et al. konnten zeigen, dass Patienten/innen mit somatischen Ursachenvorstellungen lediglich für somatische Behandlungen offen waren und psychologische gänzlich ablehnten, während Patienten/innen mit psychischen Vorstellungen psychologische Interventionen als wünschenswert empfanden, ohne dabei aber körperliche Behandlungen abzulehnen (Zenz et al. 1996).

Die Art, mit der Patienten/innen ihre Symptome beim Arzt/bei der Ärztin präsentieren, hängt ebenso maßgeblich von der subjektiven Ursachenzuschreibung ab (Cope et al. 1994; Kirmayer et al. 1994). So geben Patienten/innen mit einem deutlich somatischen Attributionsstil beim Arzt/bei der Ärztin auch lediglich körperliche Symptome an (Kirmayer et al. 1994; Robbins et al. 1991). Dieser Mechanismus hat z.B. bei Patienten/innen mit depressiven Störungen oder

Angsterkrankungen für den Arzt/die Ärztin eine praktische Bedeutung, da hier somatische Ursachenzuschreibung und eine entsprechende Beschwerdepäsentation die Diagnosestellung erschweren kann (Chaturvedi et al. 1993).

Die Arzt-Patienten-Beziehung und die Behandlungszufriedenheit der Patienten/innen werden ebenfalls wesentlich von den subjektiven Krankheitskonzepten mitgeprägt (Bäärnhielm 2004; Bischoff et al. 1989; Jacob et al. 1999). Dabei ist es wichtig zu berücksichtigen, dass nicht nur bei Patienten/innen subjektive Krankheitskonzepte vorliegen, sondern auch auf der Seite der Ärzte/innen, die ebenso verschiedene und parallel laufende Vorstellungen haben, die nicht ausschließlich dem medizinischen Lehrwissen entstammen (Geißler et al. 1989; Becker 1984). Andererseits haben Ärzte/innen und Patient/innen neben unterschiedlichen Wissens- und Interpretationssystemen eine grundsätzlich unterschiedliche Perspektive auf Krankheit und Heilung, die durch andersartige Rollendefinitionen und die unterschiedliche Betroffenheit zustande kommt (Bäärnhielm et al. 2000).

Patientenvorstellungen haben zudem auch diagnostische Relevanz und können das Verordnungsverhalten von Ärzten/innen beeinflussen (Faller 2001; Helman 1978; Kirmayer 2001). Im Rahmen von Erkrankungen des Bewegungsapparates sind subjektive Kriterien teilweise sogar den objektiven, wie Laborwerten oder Röntgenaufnahmen, bei der Verlaufsdagnostik und der Beurteilung von Funktionsbeeinträchtigungen überlegen (Jäckel et al. 1989). Cope et al. zeigten in ihrer Studie, dass Patienten/innen, die bei ihren Beschwerden von einer Infektion ausgingen, mehr Medikamente verschrieben bekamen als vergleichbare Patienten/innen mit anderen Ursachenvorstellungen (Cope et al. 1994). Kleinman beschreibt die Arzt-Patienten-Beziehung als eine dynamische Transaktion zwischen Erklärungsmodellen (Kleinman 1980). Diskrepanzen in dieser Beziehung können durch unterschiedliche Krankheitsvorstellungen und Erwartungshaltungen zustande kommen und erschweren durch verminderte Bereitschaft zur gegenseitigen Zusammenarbeit Diagnosestellung und Therapie (Bischoff et al. 1989; David et al. 2001; Jacob et al. 1999). Somit ist die Patientenbereitschaft zur aktiven Mitarbeit und zum Befolgen der ärztlichen Anordnungen, die Compliance, ein weiterer Aspekt, der nicht unwesentlich von den subjektiven Krankheitskonzepten beeinflusst wird (Becker 1984; Kauderer-Hübel et al. 1989; Hasenbring 1989).

Subjektive Krankheitskonzepte haben direkten Einfluss auf die emotionale Anpassung und die Krankheitsbewältigung (Cope et al. 1994; Robbins et al. 1991; Kirmayer et al. 1994; Weinman et al. 1997). Der Glaube an die eigene Krankheitskontrolle und an veränderbare Krankheitsursachen hat einen positiven Effekt für die Krankheitsanpassung, während fatalistische Vorstellungen sowie die subjektive Wahrnehmung von besonderer

Krankheitsschwere und Chronizität zu schlechterer Krankheitsadaptation führen (Pucheu et al. 2004; Hasenbring 1989). Bei körperlichen Erkrankungen kann eine internale sowie psychische Ursachenzuschreibung mit depressiver Krankheitsverarbeitung zusammenhängen. Hierbei können die psychischen Ursachenzuschreibungen selber über Selbstwertzweifel depressive Reaktionen hervorrufen. Ebenso kann eine bereits vorhandene Depressivität auch eine selbstbeachtigende Ursacheneinschätzung zur Folge haben. Letztlich können aber auch beide Phänomene mit einem gemeinsamen dritten Aspekt zusammenhängen, wie etwa einer langen Krankheitsdauer (Robbins et al. 1994; Faller 2001; Leist et al. 1998). Faller vertritt die Position, dass bei Herzinfarktpatienten, die eine ausgeprägt psychische Ursachenvorstellung haben, eine psychotherapeutische Intervention sinnvoll sein könnte (Faller 1991). Zudem lässt sich zeigen, dass Patienten mit internalen und psychischen Vorstellungen auch größere Motivation zu einer Psychotherapie aufweisen (Leist et al. 1998). Die Krankheitskonzepte haben aber nicht nur Einfluss auf die Bewältigung der Krankheit, sondern können selber Teil dieser Verarbeitung sein, wie z. B. bei der Emotionsabwehr oder im Rahmen von sekundärem Krankheitsgewinn. Somit können objektiv falsche Ursachenvorstellung durchaus für Patienten/innen als sinnvoll erscheinen, während umgekehrt korrekte Annahmen ebenso einen dysfunktionalen Charakter haben können (Faller 1990; Sensky 1997).

Letztlich haben subjektive Krankheitskonzepte über Compliance und Coping einen Einfluss auf den gesamten Krankheitsverlauf (Kirmayer et al. 1994). Eine Studie von Zenz et al. konnte zeigen, dass eine Mehrheit der Patienten/innen sehr wohl bereit war, ihre Krankheitskonzepte dem Arzt/der Ärztin mitzuteilen. Hierbei wurden insbesondere psychosoziale Äußerungen durch ärztliche Gesprächsoffenheit gefördert (Zenz et al. 1989). Die Kenntnis der subjektiven Krankheitskonzepte durch den Arzt/die Ärztin steigert das Vertrauen und den Informationsgewinn und verbessert somit die medizinische Versorgungseffektivität (Schaefer et al. 2002). Antonovsky geht davon aus, dass Behandlungen aus Sicht von Patienten/innen verständlich, umsetzbar und bedeutsam sein müssen, damit sie in die bestehenden Krankheitskonzepte integriert werden können (Antonovsky 1988).

Dysfunktionale Krankheitskonzepte können aber auch selber Ursache von vor allem psychischen Erkrankungen sein oder einen Teilaspekt des Krankheitsprozesses darstellen wie etwa bei Angsterkrankungen oder hypochondrischen Sorgen (Fincham et al. 2002; Robbins et al. 1991; Sheehan et al. 2002; Kirmayer et al. 1994).

Insbesondere im Rahmen von Psychotherapien spielen subjektive Krankheitskonzepte eine wichtige Rolle. Sie haben dabei diagnostischen und motivationalen Wert und können selber Ziel

der therapeutischen Intervention sein (Bäärnhielm 2004; Faller 2001; Kirmayer 2001; Karanci 1986).

Im Rahmen von gesundheits- und krankheitsbezogenen Beratungen und von Präventionsmaßnahmen müssen die subjektiven Krankheitskonzepte ebenfalls Berücksichtigung finden (Henderson et al. 2000; Flick 1998). So erscheinen genetische Beratungen ohne jegliche Kenntnis der Patientenvorstellungen wenig sinnvoll, da diese zum Abschätzen des individuellen Wissensstandes sowie der Reaktionen der Patienten/innen auf die jeweiligen Informationen benötigt werden (Henderson et al. 2000). Krankheitskonzepte sind auch der Schlüssel zum Gesundheitsverhalten der Patienten/innen. Das Beeinflussen des Verhaltens von Patienten/innen, um bestimmte Risikofaktoren wie Rauchen oder erhöhte Cholesterinwerte abzubauen, ist ohne ein Verändern der subjektiven Krankheitskonzepte nicht möglich (Pflanz 1970; Christeiner 1999; Schaefer et al. 2002). Ebenso werden Rehabilitationsmotivationen wesentlich von den Krankheitsvorstellungen mitgeprägt (Marschall et al. 1989; Sensky 1997; Weinman et al. 1997). Als Reattributionstherapie lassen sich subjektive Krankheitskonzepte auch therapeutisch einsetzen. Bei der Behandlung von Depressionen und Angsterkrankungen ist die Veränderung der subjektiven Konzepte ein wesentliches Instrument und zugleich auch Ziel kognitiver Verhaltenstherapien (Kirmayer et al. 1994). Auch bei der Behandlung von Migräne und Adipositas werden Reattributionstherapien erfolgreich angewandt. Sowohl die Migräne selber als auch deren psychische Folgeerkrankungen lassen sich durch das Herausarbeiten beeinflussbarer Ursachen positiv verändern (Funke 1989). Ebenso ist bei der Therapie von Adipositaspatienten/innen häufig eine Modifikation der Vorstellungen von Schlankkeitsidealen und eigener Selbstwirksamkeit sinnvoll (Haisch et al. 1989).

1.2.6 Erhebungsmethoden subjektiver Krankheitskonzepte

Prinzipiell lassen sich subjektive Krankheitstheorien mittels Fragebögen oder Interviews erheben. Die Fragebögen können hierbei einen geschlossenen oder offenen Charakter haben, also konkrete Antwortmöglichkeiten vorgeben oder Raum für selbst ausformulierte Antworten bieten (Schaefer et al. 2002). Die Interviews wiederum können unterschiedlich ausgeprägt strukturiert sein, also einen mehr oder weniger konkreten Fragenkatalog zugrunde legen oder einem ungerichteten Gesprächsverlauf folgen. Zu beachten ist hierbei, dass die verschiedenen Erhebungsmethoden sehr unterschiedliche Ergebnisse liefern und sowohl quantitativ als auch qualitativ stark divergieren können und letztlich nur schwer vergleichbar sind (Faller 1989).

Exemplarische Beispiele für das recht weite Feld von gängigen Fragebögen sind der Patiententheoriefragebogen von Bischoff und Zenz und der Symptom Interpretation Questionnaire von Robbins et al. (Zenz et al. 1996; Robbins et al. 1991). Beide Fragebögen beziehen sich auf die Ursachenvorstellungen von Patienten und haben einen geschlossenen Charakter, geben also auf die Frage nach den Ursachen für bestimmte Beschwerden mehrere konkrete Antworten vor. Diese können im Nachhinein bestimmten Skalen zugeordnet werden. Mittels der Skalen lässt sich ermitteln, wie ausgeprägt die vorhandenen Ursachenkonzepte der jeweiligen Patienten/innen sind und ob diese zu einem bestimmten Antwortstil neigen (Zenz et al. 1996; Robbins et al. 1991). Der Patiententheoriefragebogen von Bischoff und Zenz enthält dabei die fünf Skalen naturalistisch innen, naturalistisch außen, psychosozial innen, psychosozial außen und Gesundheitsverhalten und untersucht damit drei Dimensionen: naturalistische bzw. organomedizinische Ursachenvorstellungen versus psychosoziale, internale Ursachenvorstellungen versus externale sowie Aspekte der Eigenverantwortlichkeit (Zenz et al. 1996). Der Symptom Interpretation Questionnaire von Robbins et al. umfasst die Skalen normalisierend, somatisierend und psychologisierend und bezieht sich damit auf die Dimensionen situative Ursachenvorstellungen versus dispositionale und körperliche Ursachenvorstellungen versus psychische (Robbins et al. 1991).

Insgesamt neigen geschlossene Fragebögen gegenüber einem offenen Fragestil dazu, eine deutlich größere Antwortanzahl bezüglich möglicher Ursachen zu liefern und dabei psychosoziale Aspekte stärker zu betonen (Faller 1989; Schaefer et al. 2002).

Die Vorteile von Fragebogenverfahren liegen zum einen in ihrer standardisierten Durchführbarkeit; zum anderen weisen sie aufgrund ihrer umschriebenen Dimensionen eine gute Vergleichbarkeit auf und sind dadurch für statistische Auswertungen gut geeignet (Schaefer et al. 2002). Ihr Nachteil besteht darin, dass sie zu Überdifferenzierung neigen und die subjektive Relevanz der Ergebnisse fragwürdig bleibt, da zum einen nur Antworten erhoben werden, die auch erfragt werden, und zum anderen aufgrund vorformulierter Antworten nicht nachvollzogen werden kann, ob lediglich reaktive und allgemein gültige Antworten gegeben wurden oder ob selbstbezogene bzw. individuell bedeutsame Ursachen genannt wurden. Weitere Nachteile bestehen darin, dass lediglich kognitive Aspekte betrachtet werden können und kein Zugang zu Prozessualität, Komplexität oder Kontext der subjektiven Krankheitskonzepte besteht (Faller 1989; Schaefer et al. 2002; Scheer et al. 1989).

Der Vorteil der Interviewverfahren besteht darin, dass über einen vertrauensvollen Umgang bei den Befragten eine größere Offenheit erreicht werden kann (Faller 1989). Beachtet werden muss dabei, dass direkte Fragen nach Ursachenvorstellungen häufig zu sozial akzeptierten

Anpassungsantworten führen, während tiefere, für die Person oft bedeutsamere Vorstellungen erst im Verlauf des Gesprächs genannt werden (Becker 1984). Weitere Vorteile sind der Zugang zu emotionalen Komponenten und komplexeren Strukturen sowie die Möglichkeit, Kontext und Prozessualität mitzuerfassen (Schaefer et al. 2002). Interviewnachteile bestehen in der schwierigen Vergleichbarkeit der einzelnen Erhebungen, da die Ergebnisse zum einen durch die Interaktion der Interviewpartner beeinflusst werden und zum anderen stark von der Interpretation des Untersuchers abhängen.

Vor- und Nachteile ergeben sich letztlich also aus der Zielsetzung der Erhebung. Teilweise wird von den Autoren auch ein integrativer Ansatz vorgeschlagen, der Elemente aus verschiedenen Verfahren in einem Test vereint (Schaefer et al. 2002).

1.3 Kultur und Migration

1.3.1 Kultur und Krankheit

Kultur lässt sich nach Pfeifer als Komplex überlieferter Erfahrungen, Vorstellungen und Werte sowie gesellschaftlicher Ordnungen und Verhaltensregeln beschreiben, nach denen Menschen ihre Welt interpretieren und soziale Beziehungen strukturieren (Pfeiffer 1994). Kultur stellt erlernte Verhaltensmuster dar, die für bestimmte Populationen als deren besondere Errungenschaften charakteristisch sind (Ember et al. 1985) und kontextabhängig deren Denken und Fühlen prägen (Hegemann 1998). Für Assmann besitzt Kultur vor allem eine konnektive Struktur, da sie die Menschen in sozialer, räumlicher und zeitlicher Dimension miteinander verbindet. Sie bietet gemeinsame Erfahrungsräume und hält sie gegenwärtig. Erst durch Kultur wird über gemeinsames Wissen, gemeinsame Identität und gemeinsame Erinnerungen aus Einzelnen eine Gemeinschaft (Assmann 2005). Innerhalb einer Kultur existieren jedoch keine Gruppen, die für die Gesamtheit repräsentativ sind, vielmehr zeichnet sich Kultur gerade durch ihre Vielfältigkeit aus (Pfeifer 1998). Laut Choi ist die Entwicklung kultureller Unterschiede ökonomisch, historisch und sozial begründet (Choi et al. 2003). Kultur entsteht über die Interaktion von Individuen, Gemeinschaften, Ideologien und institutionellen Praktiken (Kirmayer 2001). Die individuelle kulturelle Prägung findet dabei in den frühen Lebensphasen über Sozialisationsprozesse statt und wird im weiteren Leben verstärkt (Arrindell 2003). Allerdings stellt die kulturelle Prägung keine starre Struktur dar. Zum einen sind kulturell bedingte Verhaltensweisen situativ modifizierbar, zum anderen sind sowohl kulturelle Muster als auch persönliche Identitäten änderbar (Hegemann 1998; López et al. 2000). Kulturen sind somit

keine geschlossenen Systeme, sie gehen ineinander über, sind vorübergehende und sich wandelnde Konstrukte (Kirmayer 2001).

Der Prozess des fortlaufenden kulturellen Kontaktes von Personen und Gruppen verschiedener Kulturen sowie der Angleichung von Orientierungsmustern, Eigenschaften und Verhaltensweisen wird als Akkulturation bezeichnet. Er stellt einen aktiven wechselseitigen Prozess dar, bei dem sich beide Seiten verändern (Berry 1990; Han 2000).

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit sowie ihre Differenzierungen werden kulturell unterschiedlich definiert (Greifeld 2003). In vielen Kulturen existieren neben natürlichen Krankheitsvorstellungen übernatürliche Erklärungen, die mystische, beseelte oder magische Aspekte betreffen oder religiöse Vorstellungen beinhalten (Kirmayer et al. 1994; Bäärnhielm et al. 2000). In Griechenland beispielsweise bestehen in ländlichen Regionen weiterhin magische Vorstellungen und traditionelle Volkserklärungen mit Elementen der Säftelehre (Schalinski 2002). Weltweit spielen Ahnengeister, Heilige und Götter in den Krankheitsvorstellungen eine wichtige Rolle und verweisen dabei oft auf die zentrale Bedeutung von Familie und sozialer Gruppe in den krankheitsbezogenen Konzepten (Greifeld 2003).

Gesundheitsversorgung und Heilungsmethoden unterscheiden sich stark in den verschiedenen Kulturen. Vielerorts spielen neben der ärztlichen Versorgung die unterschiedlichsten Arten von Heilern eine wichtige Rolle. Ethnomedizinisch werden in diesem Zusammenhang magische Techniken und schamanische Praktiken mit dem Begriff des symbolischen Heilens beschrieben (Greifeld 2003; Bäärnhielm et al. 2000).

Die Kultur prägt das Krankheitserleben, die Erklärungsmodelle und Interpretationen, die Krankheitsbenennung sowie die Präsentation von Symptomen bzw. die Ausdrucksformen des Leidens (Kleinman 1978; Kirmayer 2001; Bäärnhielm 2004). Dabei herrschen weltweit eher holistische Sichtweisen vor, bei denen körperliches Erleben psychosozialer Probleme und emotionales Ausdrücken körperlicher Leiden keine Widersprüche darstellen. Die scharfe Trennung zwischen Psyche und Körper scheint eher typisch für westliche Vorstellungen und hat sich erst in jüngerer Vergangenheit etabliert (Kirmayer et al. 1998). Körper und Organe besitzen kulturell unterschiedliche Symboliken. Im Iran gelten beispielsweise Herzleiden als Ausdrucksform für persönliche oder soziale Konflikte. Entsprechend werden Herzbeschwerden auch eher emotional interpretiert (Good 1977).

Das Verhalten und die sozialen Rollen im Krankheitsfall werden ebenfalls von kulturellen Regeln bestimmt (Kirmayer 2001), wobei die Bedeutung des sozialen Umfeldes weltweit sehr unterschiedlich ausgeprägt ist (Bäärnhielm et al. 2000; Kirmayer et al. 1994). Entsprechend unterscheiden sich die sozialen Konsequenzen von Krankheiten, was beispielsweise im Falle

kultureller Stigmatisierung von psychiatrisch Erkrankten zu verschiedenen Somatisierungsneigungen führen kann (Bäärnhielm et al. 2000; Kirmayer 2001; Kirmayer et al. 1998).

Als kulturspezifische Syndrome werden nach Ritenbaugh Erkrankungen bezeichnet, die nicht losgelöst von ihrem kulturellen Kontext verstanden werden können. Ihre Ätiologie symbolisiert dabei oft zentrale kulturelle Bedeutungsfelder und Verhaltensnormen (Ritenbaugh 1982). Sie stellen Beschwerdekompexe dar, die als regelmäßig und ursächlich zusammengehörig wahrgenommen werden und von außen oft bizarr und schwer nachvollziehbar wirken. Beispiele sind das lateinamerikanische Susto, das sich durch Appetitlosigkeit, Unruhe, Antriebslosigkeit, Depressivität, Diarrhö, Erbrechen und Fieber auszeichnet und von einem durch ein Schreckerlebnis ausgelösten Seelenverlust verursacht wird, oder das koreanische hwa-byung-Syndrom, das Schmerzen, Gefühlsstörungen, epigastrische Beschwerden und depressive Symptome beinhaltet und durch angestauten unterdrückten Ärger hervorgerufen wird (Greifeld 2003; Kirmayer et al. 1998).

1.3.2 Migration und Gesundheit

Migration stammt vom lateinischen migrare bzw. migratio (wandern, wegziehen bzw. Wanderung) und meint die räumliche Bewegung von Individuen oder Gruppen zur Veränderung des Lebensmittelpunktes über eine bedeutsame Entfernung (David et al. 2001). Migranten/innen sind nach UN-Definition Personen, die ihren Wohnsitz dauerhaft in ein anderes Land verlegt haben. Sie stellen sowohl von der ethnischen Zugehörigkeit als auch von ihren Migrationsmotiven her, die wirtschaftlicher, politischer oder sozialer Natur sein können, eine sehr heterogene Gruppe dar (Berg 1998; Borde et al. 2003). Han unterscheidet vier Dimensionen der Migration: eine motivationale, eine räumliche, eine zeitliche und eine innerpsychosoziale (Han 2000). Im Aufnahmeland kann die Migration in verschiedene Formen der kulturellen Anpassung münden. Separation stellt dabei den Erhalt traditioneller Werte bei weitgehender Ablehnung des Kontaktes mit der anderen Kultur dar. Der Begriff der Marginalisierung beschreibt demgegenüber eher einen Verlust an eigenen Werten bei gesellschaftlicher Ausgrenzung. Integration bezeichnet die Eingliederung in die aufnehmende Gesellschaft bei weitreichendem Erhalt eigener Werte, während Assimilation das Aufgehen in der umgebenden Bevölkerung unter Aufgabe kultureller Eigenheiten darstellt (David et al. 2001; Berry 1990). Es lassen sich verschiedene Migrationstypen beschreiben, die unterschiedliche Bedeutungen für den Migrationsprozess haben. Bei der Gruppe der Einwanderer findet zumeist eine schnelle

Eingliederung statt, da sie mit dem Ziel, ihre alte Gesellschaft zu verlassen, immigrieren. Arbeitsmigranten/innen verstehen sich demgegenüber meist weiterhin als Mitglieder des gesellschaftlichen Systems ihrer Heimat und pflegen häufiger den Umgang mit Personen ihres eigenen Kulturkreises. Flüchtlinge wiederum, die ihr Land nicht freiwillig verlassen haben, können unter den Folgen des Verlustes der Heimat und erlebter Traumata leiden (David et al. 2001; Pfeifer 1995). Leyer beschreibt zudem drei spezifisch weibliche Migrationsarten: die nachfolgende in Form von Familienzusammenführung, die begleitende sowie die autonome (Leyer 1991). Eine besondere Form stellt die Heiratsmigration dar, bei der ein Partner meist bereits der zweiten Migrationsgeneration angehört. Vor allem Heiratsmigrantinnen befinden sich oft in besonderer Abhängigkeit, woraus spezielle Probleme resultieren können (David et al. 2001).

Die ausgeprägte Diversität der ethnischen Zugehörigkeit, der Migrationsmotive sowie der Migrationsumstände von Migranten/innen spiegelt sich nicht nur in den sehr unterschiedlichen Lebenswelten von Personen mit Migrationshintergrund wider, sondern macht auch eine einheitliche Beschreibung des Migrationsprozesses unmöglich. Gerade in Großstädten hat sich durch Familiennachzug, Kettenmigration und natürliche Generationenfolge bei einigen Migrantengruppen eine relativ autarke und komplexe soziale und kulturelle Infrastruktur herausgebildet (Basche 2003).

Insgesamt, allerdings je nach ethnokulturellen Zugehörigkeit unterschiedlich, befinden sich Migranten/innen in Deutschland aber in einer ungünstigeren Erwerbssituation als die Mehrheitsgesellschaft. Tendenziell haben sie qualitativ schlechtere und belastendere Arbeitsplätze und sind in besonderem Maße von Arbeitslosigkeit betroffen (David et al. 2001; Siefen 2005). Bezüglich der Schulabschlüsse und Ausbildungen haben Jugendliche mit Migrationshintergrund schlechtere Bildungschancen als deutsche Jugendliche. Sie haben durchschnittlich geringere Schulabschlüsse, brechen häufiger die Schule ohne Abschluss ab und nehmen seltener eine Ausbildung auf. Die PISA-Studie hat diesbezüglich erhebliche Bildungsunterschiede zwischen deutschen Schülern/innen und Schülern/innen mit Migrationshintergrund gezeigt, wobei die geringere Beherrschung der deutschen Sprache das größte Bildungshindernis darstellte (David et al. 2001; Siefen 2005). Abgesehen von der Lage von Flüchtlingen hat sich die allgemeine Wohnsituation von Migranten/innen, insbesondere von Arbeitsmigranten/innen, seit den 60er Jahren erheblich gebessert (David et al. 2001). Siefen weist aber darauf hin, dass Migranten/innen häufig in sozialen Brennpunkten leben. Andererseits können gerade hier die entstandenen Migrantensubkulturen auch eine soziale Unterstützung und somit einen protektiven Faktor darstellen (Siefen 2005).

Abhängig von den Bedingungen der Migration, der ethnokulturellen Zugehörigkeit, des Aufenthaltsstatus und der individuellen Ressourcen stellt der Migrationprozess für die betroffenen Menschen eine unterschiedlich starke psychosoziale Belastung dar (Ardjomandi et al. 1998; Koch et al. 2000). Dies ist nicht zuletzt dadurch mitbedingt, dass die unterschiedliche Aufnahmebereitschaft der Mehrheitsgesellschaft von ethnokulturellen Merkmalen der Eingewanderten bestimmt wird (Siefen 2005).

Oft bedeutet die Migration den Verlust von Heimat, Bezugspersonen, sozialem Netz und vertrauter Atmosphäre (Koch et al. 2000; Pfeifer 1995). Ardjomandi geht davon aus, dass aufgrund fehlender kultureller Verankerung bei Migranten/innen häufig die persönliche Identität in Frage gestellt und ein neuer Identitätsfindungsprozess ausgelöst wird (Ardjomandi et al. 1998). Dieser Prozess kann durch fehlende Anerkennung und Bestätigung, insbesondere aber durch den Mangel an Beherrschung der fremden Sprache als zentralem Mitteilungsinstrument mit einer Labilisierung des Selbstwertgefühls einher gehen (Koch et al. 2000; Pfeifer 1995).

Flüchtlinge, die als Opfer von Gewalt immigrieren, leiden oft unter ihren traumatischen Erinnerungen sowie den daraus resultierenden psychischen Störungen. Diese können im Aufnahmeland zudem durch das Erleben von Anhörungsverfahren und Unterbringung in Sammelunterkünften, teilweise auch durch das Erfahren von Ablehnung oder Feindseligkeiten verstärkt werden (Pfeifer 1995).

Laut Koch wird von Arbeitsmigranten/innen häufig eine Strategie einer geplanten Rückkehr verfolgt. Dieser „Mythos der Heimkehr“ stellt einerseits einen Schutz vor Identitätskonflikten dar, andererseits kann er die Auseinandersetzung mit der anderen Kultur hemmen und dann zu Problemen führen, wenn ein dauerhaftes Verbleiben eine Integration notwendig macht (Koch et al. 2000).

Basche weist allerdings darauf hin, dass Migrationstheorien, die sich ausschließlich am Defizitmuster orientieren und Migranten/innen generell Orientierungsstörungen unterstellen, unzureichend sind und an den realen Gegebenheiten vorbeigehen, da sich längst Migrantenpopulationen entwickelt haben, die nicht existenziell verunsichert sind, sondern vielmehr ein eigenständiges Selbstbewusstsein ausgebildet haben (Basche 2003).

Migration kann als Akt der Befreiung aus einer repressiven und ausweglosen Lebenssituation aus psychoanalytischer Sicht sehr wohl für den Menschen sogar eine positive Bedeutung haben. Gerade die erforderliche Belastbarkeit und Flexibilität kann zum Erlernen besonderer Fähigkeiten und Ressourcen führen (Braun 2004).

Pfeifer zufolge erleichtern die Kenntnis von Sprache, Sitten und Lebensbedingungen der Mehrheitsgesellschaft eine erfolgreiche Migration (Pfeifer 1995). Ein am Zielort bereits

bestehendes soziales Netzwerk von Familieangehörigen und Bekannten sowie eine entwickelte Subkultur der eigenen ethnokulturellen Gruppe sind weitere Aspekte, die den Migrationsprozess erleichtern können (Basche 2003; Wittig et al. 2003). Wittig zufolge stellen gerade enge Bindungen an die Familie bei gutem emotionalen Klima eine wirksame soziale Ressource und einen protektiven Faktor dar (Wittig et al. 2003). Siefen betont, dass auch das Bewahren von eigenen Traditionen, wie etwa der religiösen Orientierung, ein Aspekt sein kann, der Sicherheit gibt und darüber der Integration förderlich ist (Siefen 2005).

Der in der Frühphase der Arbeitsmigration in den 60er Jahren beschriebene „healthy migrant effect“ kam durch einen Selektionsprozess zustande und hat sich, abgesehen davon, dass er nur auf die Gruppe der Arbeitsmigranten/innen zutraf, seitdem mit der Aufenthaltsdauer durch erschwerte Arbeits- und Lebensbedingungen, Akkulturationsstress, Familiennachzug und migrationsspezifische Fehl- und Unterversorgung aufgebraucht (Basche 2003; Braun 2004).

Bei türkischen Migranten/innen wird oft ein durchschnittlich schlechterer Gesundheitszustand und eine größere Beschwerdebhäufigkeit festgestellt (Braun 2004; Siefen 1996). Analysen von Schuleingangsuntersuchungen geben zudem Hinweise darauf, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund durchschnittlich schlechtere Startbedingungen für ein gesundes Leben haben als Jugendliche der deutschen Mehrheitsgesellschaft. Es wurden häufiger Adipositas, eine größere Unfallneigung und eine schlechtere Zahngesundheit festgestellt. Zudem werden Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen weniger in Anspruch genommen (Schenk 2005).

Weilandt zufolge nutzen Migranten/innen insgesamt weniger Präventionsangebote und konsultieren den Arzt/ die Ärztin später (Weilandt et al., 1997). Rettungsstellen wiederum werden überproportional häufig von Migranten/innen in Anspruch genommen (Borde et al. 2003). Schenk weist am Beispiel der Zahngesundheit darauf hin, dass die gesundheitlichen Unterschiede zum einen durch einen durchschnittlich niedrigeren Sozialstatus der Migranten/innen zustande kommen, andererseits aber auch eine ethnokulturelle und eine migrationsspezifische Komponente haben (Schenk 2005).

Für den psychiatrischen Bereich weist Siefen darauf hin, dass bei einer Beschreibung migrationstypischer Störungsbilder die Komplexität des Migrationsprozesses eine ethnokulturelle Differenzierung erfordert (Siefen 2005). Bei türkischen und griechischen Migranten/innen sowie bei Aussiedlern/innen und Flüchtlingen ließen sich vermehrt Angstsymptome feststellen. Depressive Symptome kamen bei Griechen/innen und Aussiedlern/innen häufiger vor, während sie bei türkischen Migranten/innen im Vergleich zu Deutschen seltener, jedoch im Vergleich zu Patienten/innen in der Türkei häufiger auftraten (Siefen 2005).

Zudem können die Belastungen der Migration über eine Labilisierung der Persönlichkeit Symptome bereits vor der Migration bestehender psychischer Störungen verstärken (Yazer et al. 2001). Koch zufolge äußern sich Depressionen gerade bei türkischen Migranten/innen häufiger als chronische Schmerzsyndrome (Koch et al. 1999) und Weilandt zufolge scheint bei türkischen Patienten/innen insgesamt eine größere Tendenz zum Somatisieren zu bestehen (Weilandt et al. 1997).

Koch weist darauf hin, dass Migranten/innen häufig mit Erwartungen zum Arzt/ zur Ärztin kommen, die von Verhaltensmustern aus ihrer Heimat geprägt sind. Entsprechend erwarten türkische Patienten/innen häufiger ein patriachales Arzt-Patienten-Verhältnis (Koch et al. 2000). Ostermann betont, dass aus türkischer Sicht eine dramatische Darstellung der Symptome die Anerkennung der Krankheit erhöht, was bei deutschen Ärzten/innen jedoch zu Missverständnissen führen kann. Diesbezüglich geht Ostermann davon aus, dass deutsche Mediziner/innen häufig die unbewusste Erwartungshaltung haben, dass sich Migranten/innen mit ihren Krankheitskonzepten und Symptomdarstellungen deutschen Vorstellungen anpassen sollten (Ostermann 1990).