

2 Problemstellung, Zielsetzung und Hypothesen

Problemstellung

In früheren Veröffentlichungen werden subjektive Ursachenvorstellungen als ein zentraler Aspekt subjektiver Krankheitskonzepte beschrieben (Faller 1989). Dabei konnte in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden, dass bei der Entwicklung subjektiver Krankheitskonzepte soziokulturelle und patientenspezifische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen (Benyamini et al. 2000; Christeiner 1999). Diesbezügliche Unterschiede zwischen deutschen Patienten/innen und Migranten/innen sind jedoch noch wenig quantitativ erforscht worden.

Subjektive Krankheitskonzepte gelten als wichtiger Mediator in der Arzt-Patienten-Beziehung, was über die Compliance einen Einfluss auf den gesamten Krankheitsverlauf haben kann (Bischoff et al. 1989; Kirmayer et al. 1994). Daher kann eine Unkenntnis des Arztes/der Ärztin über die diesbezüglichen soziokulturellen Zusammenhänge leicht zu einer Störung der Arzt-Patienten-Beziehung führen. Dieses gilt auch für die Rettungsstellensituation, in der Missverständnisse zwischen Ärzten/innen und Patienten/innen und eine daraus folgende Patientenunzufriedenheit nicht selten Phänomene sind, die durch kulturelle Unterschiede bedingt sind (Borde et al. 2003). Angesichts eines Migrantenanteils von 8,9% an der Bevölkerung (Migrationsbericht 2004) erscheint deshalb die Frage, ob Unterschiede in den beschwerdebezogenen Ursachenvorstellungen der Rettungsstellenpatienten soziokulturell spezifisch sind und hierbei naturalistische oder psychosoziale Neigungen vorherrschen, durchaus berechtigt und höchst aktuell.

Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Analyse der beschwerdebezogenen Ursachenvorstellungen von Patientinnen und Patienten einer Rettungsstelle. Es soll untersucht werden, welche soziokulturellen und patientenspezifischen Faktoren die Neigung zu bestimmten subjektiven Annahmen beeinflussen. Dabei sollen die Aspekte Ethnizität, Migrantengeneration, Geschlecht, Alter und Beschwerdeart gesondert betrachtet werden. Ausgehend von dieser Fragestellung wurden unter Berücksichtigung der Literatur die folgenden Hypothesen aufgestellt.

Hypothesen

1. Die meisten Patienten/innen, die eine Rettungsstelle aufsuchen, haben subjektive Annahmen über die Ursache ihrer Beschwerden. Es überwiegen hierbei die naturalistischen Ursachenvorstellungen.

Die Suche nach Ursachen entspringt dem Bedürfnis des Menschen, seine Situation kontrollieren zu können (Heider 1977), da eine verstehbare Welt beeinflussbar erscheint, wenn nicht gar beherrschbar; das Individuum fühlt sich ihr weniger ausgeliefert. Aus diesem Grund werden Ursachenvorstellungen bei wichtigen Ereignissen spontan gebildet. Gerade negative, ungewöhnliche, unsichere und bedeutsame Ereignisse lösen hierbei eine vermehrte Ursachensuche aus (Faller 1989; Kirmayer et al. 1994; Sensky 1997). Als solche sind Krankheiten zu sehen: Krankheit stellt für das Individuum eine Bedrohung der Integrität da. Daher sind Krankheitssymptome, als Stressoren, besonders dazu geeignet Ursachenzuschreibungen im Sinne eines kognitiven Kontrollversuches auszulösen (Hasenbring 1989).

So konnte z.B. bei chronischen und bei gynäkologischen Erkrankungen nachgewiesen werden, dass ein Großteil der Patienten Ursachenvorstellungen über ihre Krankheit hat (Hasenbring 1989; Schuth 1991). Allerdings scheinen Patienten, die ihre Symptome als psychisch verursacht einschätzen, im geringeren Maße dazu zu neigen, einen Arzt aufzusuchen, als Patienten, die ihre Symptome für somatisch verursacht halten (Robbins et al. 1991).

2. Zwischen deutschen Patienten/innen und Migrantinnen/innen aus überwiegend muslimisch geprägten Ländern, die eine Rettungsstelle aufsuchen, ergeben sich Unterschiede in den subjektiven Annahmen über die Ursachen ihrer Beschwerden. Deutsche Patienten/innen haben hierbei eine größere Neigung zu naturalistischen Ursachenvorstellungen.

Denken, Erleben und Handeln sind von Kultur und Ethnizität abhängig. Entsprechend sind auch Attributions- und Kontrollverhalten kulturgeprägt (Payer 1989). Diese kulturelle Prägung hat allerdings keinen gradlinigen bzw. determinierenden Charakter (Ostkirchen et al. 1989), sondern ist eher im Sinne einer Neigung zu sehen, in bestimmten Situationen zu ähnlichen Urteilmustern zu tendieren. Je nach unterschiedlicher kultureller Perspektive werden andere Aspekte fokussiert. So neigen z.B. Menschen aus kollektiveren Kulturen häufiger dazu, Ursachen mehr auf situative

Umstände zu beziehen, während Menschen aus individualistischeren Kulturen eher die dispositionalen Aspekte des Individuums betonen (Miller 1984).

Demzufolge sind auch subjektive Krankheitskonzepte kulturabhängig. Sie entstehen u.a. durch Ansammlung von in der jeweiligen Kultur verbreitetem Krankheitswissen. Sie werden sprachlich gesteuert und durch die jeweils vorherrschenden medizinischen Versorgungssysteme beeinflusst (Leventhal et al. 1984; Stern 1989). Des Weiteren werden sie vom Erleben bestimmter Erkrankungen, wie etwa dem vermehrten Auftreten von Infektionskrankheiten, geprägt (Schmidt et al. 1994).

Kirmayer et al. konnten nachweisen, dass es, wenn auch in geringem Maße, zwischen verschiedenen Kulturen Unterschiede in der Neigung zu somatischer und psychischer Ursachenzuschreibung gibt. So neigten Patienten/innen aus Kulturen, in denen „Nervenleiden“ weniger stigmatisiert werden, auch eher dazu, einen psychischen Ursprung von Erkrankungen einzugestehen (Kirmayer et al. 1994). In soziozentrischen Kulturen wird Krankheit häufiger als Disharmonie in Form von sozialen Konflikten gesehen (Landrine et al. 2001) bzw. psychosoziale Belastungen führen hier häufiger zu psychosomatischen Beschwerden (Weilandt et al. 1997). Türken/innen wiederum erleben ihre Erkrankungen offenbar häufiger ganzheitlich und präsentieren ihre Beschwerden entsprechend holistisch (Zielke-Nadkarni 1999). Zusätzlich sind Migranten/innen insgesamt mehr psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Entsprechend haben sie auch häufiger psychosomatische Beschwerden (Günay et al. 1990; Weilandt et al. 1997). Insgesamt schätzen sie ihre mentale Gesundheit durchschnittlich als schlechter ein (Zemp Stutz et al. 2001; Bäärnhielm et al. 2000).

3. Die zweite Migrantengeneration tendiert in ihren subjektiven Annahmen über die Ursachen ihrer Beschwerden zu den Ursachenvorstellungen der deutschen Patienten/innen.

Als Folge des Kulturkontaktes findet ein Prozess der Akkulturation mit individuellen Veränderungen in Identität und Verhaltensmustern statt (Berry 1990). Traditionelle Wissensbestände verändern sich von einer Migrantengeneration zur nächsten, was im Fall der Krankheitskonzepte zu einer Tendenz zu biomedizinischen Vorstellungen der westlichen Aufnahme- bzw. Mehrheitskulturen führt (Zielke-Nadkarni 1999). So ließen sich im Rahmen einer gynäkologischen Studie bei wenig akkulturierten Türkinnen vagere oder abweichendere Ursachenvorstellungen mit einer größeren Tendenz zu exogenen Faktoren feststellen als bei Türkinnen der zweiten Generation (David et al. 2001). Auch die Krankheiten, die Kinder aus der

zweiten Generation in ihrem Gastland erleben, sind häufig anderer Art als die Krankheiten, mit denen ihre Elterngeneration konfrontiert wurde (Schmidt et al. 1994).

4. Zwischen weiblichen und männlichen Patienten, die eine Rettungsstelle aufsuchen, ergeben sich Unterschiede in den subjektiven Annahmen über die Ursachen ihrer Beschwerden. Patientinnen haben eine größere Neigung zu psychosozialen Ursachenvorstellungen.

Aufgrund einer unterschiedlichen Sozialisation unterscheiden sich die Geschlechter in ihren subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepten (van Wijk et al. 1997). Männer neigen mehr dazu, ihr Gesundheitsverhalten für Erkrankungen verantwortlich zu machen, während Frauen mehr psychosoziale Aspekte in ihre Konzepte integrieren. Sowohl bei psychosozialen als auch bei naturalistischen Interpretationen der Krankheitsursachen beziehen Frauen diese häufiger auf sich selber, als dies Männer tun (Christeiner 1999; Kauderer-Hübel et al. 1989). Frauen sehen sich zudem mehr psychosozialen Belastungen ausgesetzt und scheinen auch mehr zu somatisieren im Sinne vager, organisch nicht erklärbarer Symptome (van Wijk et al. 1997).

5. Zwischen den Patienten/innen verschiedener Altersgruppen, die eine Rettungsstelle aufsuchen, ergeben sich Unterschiede in den Annahmen über die Ursachen ihrer Beschwerden. Jüngere Patienten/innen haben hierbei eine größere Neigung zu naturalistischen Ursachenvorstellungen.

Attributionsverhalten und subjektive Krankheitskonzepte variieren mit dem Alter (Christeiner 1999). So spielt bei Kindern für die Ausbildung von Ursachenvorstellungen das Lebensalter und der Entwicklungsstand eine wichtige Rolle (Schmidt et al. 1994). Verschiedene Lebensphasen und eine sich im Alter verändernde Körperwahrnehmung prägen die subjektiven Krankheitskonzepte. Bei einer Untersuchung von Herzinfarktpatienten/innen sahen jüngere Patienten die Ursachen ihres Infarktes eher in Stressfaktoren und in ihrem Gesundheitsverhalten begründet, während ältere Patienten/innen ihren Infarkt häufiger durch körperliche Verschleißerscheinungen verursacht glaubten (Kauderer-Hübel 1989; Scheer et al. 1989). Ältere Frauen neigen bei gynäkologischen Erkrankungen mehr zu in ihnen selbst gelegenen Ursachen als jüngere Frauen (David et al. 2001).

6. Patienten/innen, die mit verschiedenen Beschwerdearten eine Rettungsstelle aufsuchen, unterscheiden sich in den Annahmen über die Ursachen ihrer Beschwerden.

Da subjektive Krankheitsvorstellungen oft spontan gebildet werden, sind Art und Verlauf einer Krankheit prägend bei der Bildung des jeweiligen Krankheitskonzeptes (Faller 1991). Dauer, Beginn, Manifestation und Konsequenz der jeweiligen Krankheit beeinflussen die subjektiven Vorstellungen. So führen körperliche Symptome eher zu körperlichen Interpretationen und psychische Symptome eher zu psychischen Vorstellungen (Christeiner 1999; Cameron et al. 1993). Im Verlauf von bedrohlichen Erkrankungen bekommen die Krankheitskonzepte häufig die Funktion von Abwehrmechanismen (Verres 1989). Bei Krebspatienten konnte gezeigt werden, dass die Lokalisation der Erkrankung eine prägende Rolle für Ausprägung der Ursachenvorstellung spielt (Hasenbring 1989). Türkische Patientinnen mit gut- und bösartigen gynäkologischen Erkrankungen neigen häufiger zu naturalistischen Vorstellungen als türkische Patientinnen mit Schwangerschaftsproblemen (David et al. 2001).