

Thema des Workshops: Die Bedeutung von Gesundheit für MigrantInnen.

Vortrag: Konzepte für Krankheitsursachen nach „afrikanischer Darstellung“

Einleitung

In afrikanischen Gesellschaften existieren verschiedene Vorstellungen über die Verursachung von Krankheit. Dabei kann man zwei Haupttypen unterscheiden: das personalistische und das naturalistische Konzept. Bei ersterem steht das Wirken einer spirituellen Kraft als Folge von sozialer Entfremdung und der Überschreitung von gesellschaftlichen und religiösen Normen als Erklärungsansatz für Erkrankungen von Individuen im Mittelpunkt. Ziel der Behandlung ist folglich die Wiederherstellung der sozialen oder kosmologischen Ordnung oder die Beschwichtigung der verursachenden Mächte. Naturalistische Konzepte basieren hingegen auf der Annahme einer Wechselwirkung natürlicher Gegebenheiten, wie etwa bei einer Krankheit die durch Erreger verursacht wird. Beide Konzepte stehen meist nebeneinander, sind in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden und ergänzen einander.

In der „westlichen“ medizinischen Praxis spricht man dann von einem ganzheitlichen Konzept, wenn nicht nur die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt werden. Auch hier wird der Mensch verstanden als eine Einheit aus Körper, Psyche und Umwelt. Wenn das Gleichgewicht dieser Einheit gestört ist, müssen demnach bei der Heilung alle Teilelemente berücksichtigt werden (Diesfeld 1989:86f).

Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit

In afrikanischen Gesellschaften existieren also oft Vorstellungen über die Verursachung von Krankheit, die sich von „westlichen“ medizinischen Konzepten unterscheiden. Meist wird Gesundheit und Krankheit in einem engen Zusammenhang mit Gott und den Ahnen betrachtet. Bei manchen ethnischen Gruppen wird Krankheit auch als Strafe Gottes angesehen. So basiert die traditionelle afrikanische Medizin auch auf der Vorstellung, „dass der einzelne Mensch unlösbar in einen kosmologischen Zusammenhang eingebettet ist.“ (Nzimegne-Gölz 2003:12f.). Im Gegenzug findet sich auch oft die Annahme, dass eine gute Gesundheit von Gott gegeben sei. Viele Afrikaner haben traditionellerweise die Vorstellung, dass es eine Beziehung zwischen den Menschen, den Geistern (oder Ahnen) und Gott gebe. Die Ahnen spielen dabei oft eine vermittelnde Rolle zwischen den Menschen und Gott. Menschen, die guter Gesundheit oder wohlhabend sind, verdanken diesen Segen ihren Vorfahren und deren guten Taten. Andererseits könnten die Ahnen und andere Geister den

Menschen auch strafen, wenn er etwas Falsches oder Böses getan hat. Krankheit wird in diesem Modell metaphysisch verursacht durch einen Fluch Gottes. Aufgrund dieser Vorstellung versuchen Afrikaner im Krankheitsfall zunächst herauszufinden, ob sie etwas Falsches oder Böses getan haben. Finden sie den Grund, können sie Buße tun und so durch Gottes Vergebung Heilung erlangen.

Gesund- oder Kranksein werden auch als Momente der Anwesenheit bzw. Abwesenheit von Schmerzen definiert. Das Ausbleiben von Krankheitssymptomen gilt somit als Zeichen von Gesundheit: „Keine Kopfschmerzen, keine Zahnschmerzen, keine Beschwerden...“. Dass Krankheiten spezifische Ursachen haben, die es zu ergründen gilt, bevor man sie heilen kann, ist wahrscheinlich universal gültig. Bei der Behandlung spielen allerdings immer kulturtypische Praktiken eine wichtige Rolle. Z.B. werden in afrikanischen Gesellschaften oft traditionelle Heilkräuter und pflanzliche Mittel für die Behandlung von Krankheiten (wie Kopfschmerzen, Malaria, Würmer und chronischen Husten) verwendet. Kultur und Religion spielen in der Gesundheitsversorgung vieler afrikanischer Länder eine tragende Rolle und auch im Migrationskontext werden die im Herkunftsland erworbenen Kenntnisse am neuen Lebensort weiterhin praktiziert.

Selbstmedikation

Je nach Herkunftsland werden unterschiedliche Selbstbehandlungsmethoden verwendet.

Dem Wissen über Heilkräuter und traditionellen Heilansätzen kommt dabei oft eine zentrale Bedeutung zu, viele afrikanische MigrantInnen fühlen sich diesen Methoden und der damit verbundenen Weltansicht sehr verbunden. Ein Krankenhaus aufzusuchen kommt oft nur dann in Frage, wenn die Krankheit sich verschlimmert und die Gesundheit nicht auf einem anderen Wege wiederhergestellt werden kann. Zur Selbstbehandlungen zählen auch bestimmte Diäten, die reinigen oder Kraft geben sollen. Viele MigrantInnen klagen allerdings darüber, dass sie sich bestimmte Heilkräuter oder Nahrungsmittel in Deutschland nicht beschaffen können. Manche AfrikanerInnen bringen die traditionellen Heilkräuter für die individuelle Verwendung aus den Herkunftsländern mit, manchmal sind sie auch in Afroshops erhältlich.

Aufenthaltsrechtliche Probleme bzw. fehlende Krankenversicherung

Die aufenthaltsrechtliche Barriere ist ein wesentliches Problem für die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen aus Afrika. Zusätzlich bereitet die Residenzpflicht im Krankheitsfall große Schwierigkeiten, da sie PatientInnen daran hindert, ÄrztInnen und Kliniken ihrer Wahl aufzusuchen. StudentInnen, AsylbewerberInnen oder MigrantInnen mit

unsicherem Aufenthaltsstatus bzw. undokumentierte MigrantInnen sind oftmals mit Problemen hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung konfrontiert, da sie unter Umständen nicht über eine Krankenversicherung verfügen und somit auch kein Recht auf Behandlung (abgesehen von Notfallbehandlungen) haben. Menschen, die nicht krankenversichert sind, haben in Deutschland erhebliche Probleme, eine angemessene Gesundheitsversorgung zu erhalten.

In Berlin haben diese MigrantInnen die Möglichkeit, Beratungsstellen aufzusuchen, die sie dann wiederum an andere Organisationen überweisen können, wie z.B. an den Malteser Migrantendienst oder an ÄrztInnen, die bereit sind, „MigrantInnen aller Art ohne Papiere“ zu behandeln. Das Berliner Gesundheitsamt arbeitet beispielsweise mit dem „Büro für Medizinische Flüchtlingshilfe“ und mit niedergelassenen Ärzten zusammen, die Behandlungen manchmal kostenlos durchführen.

AsylbewerberInnen leiden unter einer starken psychischen Belastung, da sie oft sehr lange auf eine Aufenthaltserlaubnis warten müssen, in manchen Fällen beträgt die Wartezeit zehn bis fünfzehn Jahre. Dies führt „zu einer gewissen Verwahrlosung“ und spürbaren Frustration bei den Betroffenen. Häufig haben diese Menschen Schamgefühle, da sie glauben, es in Europa nicht geschafft zu haben. Ohne Aufenthaltserlaubnis kann man sich in Deutschland nicht vom Arzt seiner Wahl behandeln lassen. Das Gesundheitssystem wird hier sehr stark vom Staat bestimmt. Auch MigrantInnen mit geregelter Aufenthaltstitel sehen sich Schikanen ausgesetzt, so sind sie z.B. manchmal über das Sozialamt krankenversichert und müssen jedes Mal, wenn sie einen Arzt aufsuchen wollen, einen Schein beim Sozialamt abholen. Ohne diesen Schein werden sie nicht behandelt.

Gesundheitszustand bei Inanspruchnahme medizinischer Hilfe

Kulturelle Konzepte, wie die oben beschriebenen, stehen im Krankheitsfall oft einer rechtzeitigen Behandlung im Wege. Ein großer Teil der MigrantInnen aus Afrika nimmt medizinische Hilfe erst sehr spät in Anspruch, wenn die Erkrankung schon stark fortgeschritten ist. Häufig versuchten die Menschen, ihre Krankheit zu ignorieren so lange es geht. Oft sei es dann aber zu spät und es kann ihnen nur noch schwer oder manchmal auch gar nicht geholfen werden. Hinter der späten Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe stecken aber nicht nur kulturell verwurzelte Annahmen über Krankheit und Gesundheit, sondern oft auch die Angst, sprachlich oder kulturell nicht verstanden zu werden. Sprachliches Unvermögen lässt viele Patienten daran zweifeln, ob ein Arztbesuch sinnvoll sei. Um z.B. psychische Probleme zu beschreiben bedarf eines großen Wortschatzes, der auch

einheimischen Deutschen nicht immer zur Verfügung steht. So werden in diesen Fällen nur Symptome wie Magenschmerzen, Fieber oder nächtliches Husten benannt, wirklich tief sitzende Beschwerden, wie etwa psychische Probleme, die die Menschen daran hindern, das Alltagsleben zu bewältigen, werden verschwiegen oder nicht angemessen zur Sprache gebracht. Auch aus Scham können Menschen oft nicht über ihre Krankheit sprechen, vielleicht weil sie vorher Dinge erlebt haben, die sie lieber verschweigen möchten, oder traumatisiert sind. Zudem spielt die Angst eine Rolle, entdeckt zu werden, wenn man keine gültige Aufenthaltserlaubnis besitzt. Viele haben Angst, zu Ärzten, z.B. im Gesundheitsamt zu gehen, weil sie befürchten, dass diese mit der Ausländerbehörde zusammenarbeiten. In den afrikanischen Migrantengemeinschaften sprechen sich schlechte Erfahrungen mit ÄrztInnen sehr schnell herum und verstärken so bei vielen Anderen die Angst vor einem Arztbesuch. Eine ärztlich gestellte Diagnose löst häufig weitere Ängste aus. Wenn PatientInnen ihre Situation dann nicht vollkommen verstehen, lehnen sie oft die notwendigen Hilfemaßnahmen ab.

Unwissen des Fachpersonals

Zudem haben ÄrztInnen und medizinisches Fachpersonal oft ein sehr geringes Wissen über tropische Erkrankungen. Die Krankheiten vieler afrikanischer MigrantInnen können daher erst sehr spät diagnostiziert werden, das lange Warten verschlimmert oft die Leiden dieser PatientInnen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Neben Sprachproblemen und einem „anderen“ Verständnis von Krankheit, dass seine Wurzeln in der traditionellen Medizin afrikanischer Gesellschaften hat, stellen vor allem ein unsicherer oder irregulärer Aufenthaltsstatus und die damit verbundene Gesetzgebung grundlegende Barrieren in der Gesundheitsversorgung afrikanischer MigrantInnen aus dem subsaharischen Afrika dar. Dies führt zu einer beschränkten Nutzung bis hin zu einer kompletten Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten. In der Kommunikation zwischen ÄrztInnen oder BeraterInnen und afrikanischen MigrantInnen kommt es oft auch zu Missverständnissen hinsichtlich der unterschiedlichen Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In Deutschland sind Gesundheit und Krankheit schulmedizinisch definiert, AfrikanerInnen verbinden damit weitere Inhalte, die jeweils durch die Kultur in der Herkunftsregion in Afrika geprägt sind. Im Krankheitsfall wird mit Hilfe traditioneller Behandlungen und Praktiken versucht, die Einheit von Geist, Körper, Seele und Kosmos

wieder herzustellen. Da eine Krankenversicherung meist an einen Aufenthaltsstatus gebunden ist, ist es für viele afrikanische MigrantInnen ohne gültige Aufenthaltserlaubnis sehr schwierig, rechtzeitig einen Arzt aufzusuchen. Der Rückgriff auf traditionelle Heilmethoden stellt auch eine Form der Selbstbehandlung angesichts des schwierigen Zugangs zur Gesundheitsversorgung dar. Hilfe von außen wird so nur im absoluten Notfall an Anspruch genommen. Jahrelange Wartezeiten auf eine Aufenthaltserlaubnis können bei AsylbewerberInnen darüber hinaus zu psychischen Problemen führen.

Beim professionellen Umgang mit MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsgesellschaften, wie etwa in der Beratungsarbeit oder im medizinischen Kontext, sind daher Einfühlungsvermögen und Wissen über die kulturelle Identität sowie Verständnis für die gegenwärtige soziale und rechtliche Situation der PatientInnen unabdingbar.

Ausgewählte Literatur

Boger J (2003) Gesundheit in der ‚Fremde‘ – Gesundheitsvorstellungen afrikanischer Frauen und Männer im Migrationskontext. Hausarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades einer Magistra Artrium. Vorgelegt dem Fachbereich Sozialwissenschaften der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Borde T, Rosendahl C (2003) Frauen- und Männergesundheit- Gender Aspekte in der Migration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtling und Integration (Hrsg.) Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung. Berlin, S. 109

David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg.) (1999) Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Koross-Koch R (2001) Krankheit und Gesundheit aus afrikanischer Sicht. In: Stadt Duisburg, die Oberbürgermeisterin, Gesundheitsamt (Hrsg.) Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika. Dokumentation S. 15ff

Ksinsik C (2001) Kultursensible HIV-Prävention bei afrikanischen MigrantInnen. In: Stadt Duisburg, die Oberbürgermeisterin, Gesundheitsamt (Hrsg.) Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika. Dokumentation S.21ff

Muluneh A, Waka A (1999) Afrikanische Communities in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme zur Entwicklung eines kulturspezifischen Konzepts für die HIV- und AIDS-Prävention. Deutsche AIDS Hilfe, VIA Berlin/Brandenburg (Hrsg.) Berlin

Muluneh A, Waka A (2000) Afrikanische Communities in Deutschland. In: Deutsche AIDS Hilfe (Hrsg.) AIDS und Migration. Band 41. Berlin, S. 133ff

Nzimegne-Gölz S (2002) HIV und AIDS. Umgang mit Patienten aus Schwarzafrika. GSK GlaxoSmithKline (Hrsg.)

Stadt Duisburg, die Oberbürgermeisterin, Gesundheitsamt (2001) Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika. Dokumentation.

Schmitt E (1999) AIDS und Gesellschaft in Zimbabwe. Eine qualitative Untersuchung: Gottschalk-Batschkus C, Schuler J (Hrsg.) Beiträge zur Ethnomedizin; Band 3 Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung