

BERICHT**Körpergrenzen im Spiegel interkultureller Ethik – Ein
Workshopbericht**

*Florian Jeserich
Martin Kellner*

Einführung

In seiner Begrüßung stellte Workshopleiter Florian Jeserich das Projekt „Interkulturelle und religionsensible Ethik im Gesundheitswesen: Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis“ (I-REG) vor. Er zeigte auf, dass die zunehmende innergesellschaftliche Pluralisierung und kulturell-religiöse Heterogenisierung, aber auch Prozesse von Globalisierung in der Medizin zu neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen führen. Um diese spannungsreichen Prozesse genauer zu analysieren und wissenschaftliche Reflexionen für die Praxis nutzbar zu machen, wurde das Projekt 2015 gegründet. Es basiert auf einer Kooperation des Forums für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen (EPiG), der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG, des Instituts für Islamische Theologie (IIT) an der Universität Osnabrück, des Arbeitskreises Interreligiöser Dialog im Bistum Essen sowie des Centrums für Religionswissenschaftliche Studien (CERES) der Ruhr-Universität Bochum.

Florian Jeserich erläuterte, dass der anderthalbtägige Praxis-Workshop zum Thema „Körpergrenzen: Diskurse über Scham, Schmerz und Intimität“ auf der gleichnamigen Fachtagung basiert, die im Mai 2017 ebenfalls in der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG stattfand. Ziel dieser Doppelstruktur (Fachtagung – Praxis-Workshop) sei es, Wissenschaft und Praxis miteinander zu verknüpfen und einen Wissenstransfer in beide Richtungen zu ermöglichen.

Die zwanzig Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer hatten verschiedene wissenschaftliche und berufliche Hintergründe. Darunter waren u.a. eine niedergelassene Ärztin, eine Pflegepädagogin, eine interkulturelle Trainerin, eine Sozialarbeiterin, eine Krankenhausseelsorgerin, ein Theologe, eine Kunsttherapeutin, Medizinethnologinnen, eine Gesundheits- und Krankenpflegerin, eine Integrationshelferin sowie Mitarbeitende der Diakonie oder eines Palliativteams. Die Perspektivenvielfalt und der Erfahrungsreichtum der Teilnehmenden unterstützten den intensiven Austausch und halfen dabei, das Thema „Körpergrenzen“ immer wieder in seiner Mehrdimensionalität in den Blick zu nehmen.

In einem ersten Impuls verteilte Florian Jeserich ein Arbeitsblatt, auf dem das Körperschema einer nackten, aber dennoch geschlechtsneutralen Person abgebildet war. Die Teilnehmenden wurden eingeladen, dieses Körperschema mit Buntstiften farblich zu gestalten, wobei der Kre-

aktivität freien Lauf gelassen werden konnte. Die Gestaltung sollte lediglich auf das Thema „Körpergrenzen“ Bezug nehmen. In der sich anschließenden Diskussion im Plenum kam bereits eine bunte Vielfalt von unterschiedlichen Körperbildern, Schamgrenzen, Schmerzzonen und Intimitätskonzepten zum Vorschein. Hierbei spielten sowohl persönliche, als auch gesellschaftlich-normative Deutungsmuster eine Rolle. Auch die eigene Emotionalität im Hinblick auf Körper- und Schamgrenzen war ein wichtiges Reflexionsmotiv, dessen Relevanz im Laufe des Workshops immer wieder deutlich wurde.

Schmerzempfinden aus interkultureller Sicht

Der Großteil des ersten Workshoptages wurde folgend von der interkulturellen Trainerin und systemischen Therapeutin Asiye Balikci-Schmidt gestaltet. Anhand eines Rollenspiels verdeutlichte sie zunächst die Wichtigkeit psychosozialer Dynamiken im Kontakt von Eigen- und Fremdkultur: Wann fühle ich mich sicher und geschützt? Wie weit wage ich mich vor? Wo verlaufen meine Grenzen? Was macht Angst? Wann „verlasse“ ich „meine Kultur“? Ist die eigene kulturelle Identität Chance, oder Bremse, oder beides?

„Schmerz kann den Charakter einer Mitteilung haben, die verstanden werden muss.“

Die Bedeutung der Thematik wurde vor dem Hintergrund aktueller demographischer Entwicklungen dargestellt: Ältere Menschen mit Migrationshintergrund – in aller hierbei zu beachtenden Heterogenität – bilden die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Die damit verbundene verstärkte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die spezifischen Zugänge zu Institutionen des Gesundheitssystems und die allgemeinen soziokulturellen Veränderungen führten zunehmend zu einer Notwendigkeit institutionell implementierter Sensibilität für kulturelle Verschiedenheit. Obwohl es in den letzten Jahren in diesem Bereich zu positiven Entwicklungen gekommen sei, bestehe nach wie vor dringender Bedarf an Forschung und Umsetzung einschlägiger Erkenntnisse in die Praxis.

Konkret ließen sich die Erfordernisse kultursensibler Versorgung an den Bereichen Pflegeverständnis, Schmerzverhalten, Sterbebegleitung, Versorgung von Toten und Umgang mit Trauer festmachen. Im Mittelpunkt des Praxis-Workshops stand jedoch die kulturelle Dimension des Schmerzempfindens. Das Aufeinandertreffen von biomedizinischen und holistischen Schmerzkonzepten („Alles tut weh“) stelle nach Balikci-Schmidt ein typisches Phänomen kulturell heterogener Behandlungssituationen dar: Im hiesigen Gesundheitssystem werde die systemische Kontextualisierung von Schmerzempfinden oft ausgeblendet; Ärztehopping, fehlende compliance, Medikamentenmissbrauch und Frustrationen bei allen Beteiligten seien oft Folgen mangelnder interkultureller Kompetenz in medizinischen Settings. Insofern könne interkulturelles Wissen auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht positive Auswirkungen haben. In der Praxis sei es oft hilfreich, das spezifische Krankheitsverständnis von Migrantinnen und Migranten zu erheben (Wie bezeichnen und beschreiben sie selbst ihr Problem?), körperbezogene Metaphern und Chiffren zu kennen bzw. zu entschlüsseln („Mein Herz ist gebrochen“), mechanische

Körper- und Krankheitsbilder zu übersetzen („Mir ist der Nabel verrutscht“) sowie traditionell-magische Vorstellungen (wie bspw. den „bösen Blick“) und normativ-religiöse Konzepte (z.B. Speisevorschriften) zu kennen. Erschwert wird die Anamnese und das gegenseitige Verständnis weiterhin dadurch, dass soziale oder innerpsychische Konflikte oft durch somatisierte Schmerzüßerungen zum Ausdruck gebracht werden. Auf der anderen Seite wurde anhand konkreter Beispiele aufgezeigt, dass auch mangelnde Schmerzexpression zu Fehldiagnosen und Behandlungsfehlern führen kann.

Im Laufe des Workshops wurde die Verwendung rein herkunftsbezogener Kulturbegriffe problematisiert und durch milieubezogene, generationsbezogene und auch institutionelle Profilmuster erweitert. Zudem wurde auch an verschiedenen Beispielen die Tendenz zur Überkulturalisierung und Stereotypisierung in interkulturellen Behandlungssituationen problematisiert (z.B. die diffamierende Pseudo-Diagnose „Morbus Bosphorus“ bei türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten, die unter diffusen Schmerzen leiden). Für den kultursensiblen Umgang mit dem Thema Schmerz sei es daher zunächst wichtig, davon auszugehen, dass das Schmerzerleben subjektiv ist. Dies käme auch in der Definition von Schmerz gemäß der International Association for the Study of Pain zum Ausdruck. Schmerz sei ein „unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“ Sich mit dem eigenen subjektiv wie kulturell geprägtem Schmerzverständnis auseinanderzusetzen und fremde Schmerz-Reaktionsmuster anzunehmen, seien Voraussetzungen für einen interkulturell kompetenten Umgang mit Schmerzpatientinnen und -patienten. Diese interkulturelle Kompetenz bedeute nicht, alle kulturellen Unterschiede verstehen zu können, sondern eine grundlegende Bereitschaft zu haben, sich selbst zu reflektieren und sich gleichzeitig auf das vermeintlich „Andere“ einzulassen.

In der letzten Arbeitseinheit wurden einzelne Fälle aus der Praxis der Teilnehmenden diskutiert. Dabei entstand ein reger Austausch zwischen den unterschiedlichsten Professionen u.a. zur Einbindung von Gesundheitslotsen, zu akuten Krisensituationen mit interkulturellen Missverständnissen im Rettungsdienst (z.B. das Ausziehen der Schuhe vor der Wohnung), zur Möglichkeit der Einbindung von Mediatoren und Imamen und zu finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten für kultursensible Gesundheitsleistungen.

Scham und Intimität aus muslimischer Sicht

Der erste Workshoptag wurde durch den Vortrag des Internisten und Palliativmediziners Dr. med. Zouhair S. Al-Halabi abgerundet. Al-Halabi, gebürtiger Syrer, begann seinen Vortrag mit der Frage, was Schmerz mit Scham zu tun habe. Es ginge, so seine tastende Antwort, bei beiden Phänomenen um Körpergrenzen. Die Verletzung, die durch Grenzüberschreitung entstehe sei der Nexus zwischen seelischem und körperlichem Schmerz.

Schamgefühl sei den Menschen angeboren (Fitra) und zählt zu den guten Eigenschaften des Menschen, Schamlosigkeit zu den schlechten. Gleichzeitig sei ein ausgeprägtes Schamgefühl aus muslimischer Sicht ein Ausdruck des Glaubens und wird dadurch zu einer moralischen Kategorie. So definiert der Gelehrte Rāgib al-Iṣfahānī (gest. 1109) das Konzept „Scham“ als „Abscheu und Fernbleiben der Seele von den schlechten Taten“, wodurch Scham nicht nur ein Gefühl beschreibt („Abscheu“), sondern eine stärkere Handlungskomponente („Fernbleiben“) gewinnt. Das Schamgefühl reguliert nicht nur das Verhalten im sozialen Raum, sondern auch im privaten: die im öffentlichen Bereich als tadelhaft angesehenen Handlungen sind nach Gelehrtenmeinung auch im Geheimen als verboten zu betrachten. Dabei bezieht sich das Schamgefühl nicht nur auf Körperscham, sondern auf alle Aspekte des Lebens. Einen Hinweis auf diese umfassende und vitale Bedeutung der Scham im islamischen Glauben liefert der Umstand, dass sich das Wort „Scham“ vom arabischen Wort „Leben“ (ḫayā) ableiten lässt. Islamische Quellen, so Al-Halabi mit Rekurs auf ein Werk des mittelalterlichen Autors al-Mawardi, der eine komplexe Abhandlung zum Thema Scham verfasst hat, sprechen von drei Arten von Scham: Scham ist entweder auf Gott, auf die Mitmenschen oder auf sich selbst bezogen.

Zugleich betonte al-Halabi, dass diese Scham-Konzepte zwar einerseits mit religiöser Normativität zu tun hätten, gleichzeitig aber kulturhistorisch bedingt seien und individuell unterschiedlich gelebt werden. Häufig zeige sich, dass Muslime trotz religiöser

Gemeinsamkeiten sehr unterschiedliche Auffassungen von Scham besäßen, die von der Kultur ihrer Ursprungsländer und ihrer Sozialisation abhängig seien. Die Praxis der Bekleidung zum Beispiel stünde in unmittelbarem Zusammenhang mit kulturellen, nicht per se mit religiösen Traditionen. So berichtete al-Halabi von einem Studienaufenthalt in England, wo er von einem englischen Chirurgen hörte, dass er eine Frau nicht alleine untersuchen sollte – einige Jahre später in Deutschland war das nicht mehr der Fall. Damit illustrierte er die kulturelle und historische Veränderung von Schamkonzepten.

Unter Berücksichtigung dieser Spannung zwischen allgemeinen religiösen Normen und kulturspezifischen Unterschieden versuchte al-Halabi abschließend die Rolle von Schamgefühlen bei der ärztlichen und pflegerischen Behandlung muslimischer Patientinnen und Patienten zu beschreiben und einige Grundregeln zu formulieren. Das Händeschütteln zwischen Männern und Frauen sei eine häufige Quelle von Konflikten, da derartige Körperkontakte oft schambelastet seien. Die Verweigerung des Händeschüttelns sei daher in der Regel kein Ausdruck von mangelndem Respekt, sondern eher ein „Fernbleiben“ aus religiösem Gefühl. Als Prinzipien im Umgang mit Schamgrenzen hielt al-Halabi weiterhin fest, dass, wenn möglich, gläubige muslimische Patientinnen oder Patienten gleichgeschlechtlich untersucht werden sollten, dabei aber in Notfällen Ausnahmen gemacht werden müssten. Die körperliche Untersuchung, insbesondere im Intimbereich sollte in Anwesenheit einer dritten Person vorgenommen werden. Das Entblößen des Körpers sollte auf ein notwendiges Minimum reduziert werden. In der anschließenden Diskussion wurde immer wieder betont, welche bedeutende Rolle Kommunikation und

gegenseitige Erklärung in der Vermeidung interkulturell geprägter Konfliktsituationen spielen würden und wie wichtig dies in der medizinischen bzw. pflegerischen Praxis sei.

Ein weiteres Feld der interkulturellen Verschiedenheit sei das Thema „Datenschutz“: In der deutschen Kultur habe Datenschutz eine große Bedeutung. Tendenziell sei bei muslimischen Patientinnen und Patienten der Körper mit einem ähnlichen Ausmaß an Diskretion assoziiert. Aufgrund der sozialen Struktur von Familienverbänden, welche in islamischen Kulturen weit verbreitet ist, gebe es divergierende Begriffe von Informationspflicht bzw. Einbindung von Angehörigen. Oft sei es für Ärzte schwierig, mit dem Prinzip des Datenschutzes umzugehen, da es für viele muslimische Patientinnen und Patienten selbstverständlich sei, dass ihre Familien über die gesundheitliche Situation informiert werden und umgekehrt oft den Patienten selbst von Familienangehörigen bestimmte Diagnosen vorenthalten werden. Dies sei aber ein kulturelles, nicht per se religiöses Phänomen.

Kulturelle Vielfalt in der Altersmedizin

Im Vortrag „Kulturelle Vielfalt in der Altersmedizin“ sprach der Mediziner und Psychotherapeut Prof. Dr. Hans Georg Nehen über den rasanten Anstieg der Alterspyramide in den letzten Jahrzehnten und die damit verbundene Notwendigkeit einer sinnvoll gestalteten Altersmedizin. Kulturell sensibles medizinisches Handeln müsse hier mit dem Verständnis kollektiver psychologischer Erfahrungsmuster einhergehen. Gefühle von Hilfslosigkeit und Ausgeliefertsein prägten sehr oft Generationen, die selbst noch den Weltkrieg und das damit verbundene Elend erlebt haben. Oft prallten selbst innerhalb der westlichen Kultur durch das Zusammenkommen verschiedener Generationen unterschiedliche Welten aufeinander, die auch im Gesundheitssystem berücksichtigt und verstanden werden müssten. Der Referent machte anhand zahlreicher Beispiele deutlich, dass interkulturelle Sensibilität im Gesundheitswesen nicht nur im Umgang mit Migrantinnen und Migranten, sondern auch bezüglich der zwischen unterschiedlichen Generationen divergierenden Erfahrungswelten und Lebensperspektiven notwendig sei.

Mit Bezug auf das Werk des Sozialphilosophen Axel Honneth (1994) machte der Referent deutlich, wie wichtig Erfahrungen von Liebe, Recht und Wertschätzung für die Entwicklung einer gesunden Selbstbeziehung seien. Eben diese Selbstbeziehung sei jedoch bei vielen Menschen der Kriegsgenerationen gestört. Erfahrungen von Trennungen und Verlust von wichtigen Bezugspersonen, Vertreibung, Armut, Hunger, Gewalt sowie Verlust von Sicherheit und Geborgenheit haben sich nicht selten zu einer psychischen Traumatisierung verdichtet, wobei Nehen mit Fischer und Riedesser (2009, S. 395) ein psychisches Trauma als „vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ versteht, „das mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Die Traumatisierung könne zu Persönlichkeitsveränderungen führen (z.B. das Gefühl, im eigenen Körper nicht zu Hause zu sein) und durch unterschiedliche Trigger (z.B. eine beginnende Demenz) reaktiviert

werden. Menschen der Kriegsgenerationen hätten aufgrund „anderer“ (häufig traumatischer) Sozialisations- und Welterfahrungen auch „andere“ Körpergrenzen ausgebildet, die in der Pflegesituation zu Missverständnissen, Irritationen oder Konflikten führen können (z.B. können ich-syntone Verhaltensweisen zu mangelnder Selbstfürsorge und Einsicht führen). Abschließend appellierte Nehen an die Teilnehmenden, hinter das „äußere“ Verhalten des/der Patienten/Patientin zu blicken und die eigene Reaktion selbstreflexiv zu überprüfen.

Erfahrungen aus der Migrantenmedizin

Im zweiten Teil seines Workshops stellte Prof. Dr. Hans Georg Nehen seine ehrenamtliche Arbeit am Petershof vor, dem sozialpastoralen Zentrum in Duisburg-Marxloh, die er seit dem 18. Januar 2017 in der Malteser Migranten Medizin in der Duisburger Innenstadt fortführt. Das Team der Malteser Migranten Medizin besteht aus sechs Ärztinnen und Ärzten sowie zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und bietet Menschen ohne Krankenversicherung Erstuntersuchungen und medizinische Notfallversorgung an. Die Patientinnen und Patienten stammen häufig aus dem osteuropäischen oder türkisch-arabischen Kulturraum, sind überwiegend jung (die Gruppe der 2-18-Jährigen dominiert) und der deutschen Sprache häufig nicht mächtig, weshalb die Kommunikation durch Dolmetscher/innen sichergestellt werden muss. Eine weitere Herausforderung stelle, so

„Interkulturelle Öffnung ist eine strukturelle Aufgabe von Krankenhausunternehmen.“

Nehen, die geringe Gesundheitskompetenz (health literacy) der Klientel dar. Eine Studie stellte fest, dass die Gesundheitskompetenz in einer deutschen Bevölkerungsstichprobe in mehr als der Hälfte der Fälle nicht ausreichend sei (vgl. Schaeffer et al. 2017), wobei niedriger Sozialstatus, Migrationshintergrund, geringe funktionale Literalität und Alter entscheidende Risikofaktoren für mangelhafte Gesundheitskompetenz seien.

Nehen berichtet, dass häufig erst spät oder gar nicht über das eigentliche (gesundheitliche) Problem gesprochen wird. Zunächst werden eher leichte körperliche Beschwerden genannt (z.B. Fußschmerzen). Dies beschreibt Nehen als eine „Testsituation“: der Patient erkundet, wie der Arzt reagiert und ob ihm mehr anvertraut werden kann. Sukzessive erhält der Arzt dann weitere und tiefergehende Informationen, die dem Kernproblem (z.B. Kriegstraumata) näher kommen. Von bohrenden oder zu direkten Fragen rät Nehen eher ab. Patientinnen und Patienten sollten nicht unter Druck gesetzt werden oder das Gefühl bekommen, dass sie in eine bestimmte Richtung gedrängt werden. Auch und gerade bei der Beratung in Situationen, in denen eigene und fremde Werte aufeinanderprallen, gelte es, die Sicht des anderen zu akzeptieren und immer eine Türe offen zu lassen, durch die das Gegenüber ehrenvoll die Situation wieder verlassen kann. Dies gelte z.B. auch in Fällen, in denen ein 13-jähriges Mädchen schwanger werden möchte, um sozial in ihrer Gemeinschaft akzeptiert zu werden. Vertrauensbildung und ein behutsamer Umgang seien, so Nehen, von zentraler Bedeutung im Kontext der Migrantenmedizin. Dabei bräuchten die professionellen Helferinnen und Helfer nicht alles über die fremden Kulturen und Religionen zu wissen. Auch durch reichhaltiges Kulturwissen könnten

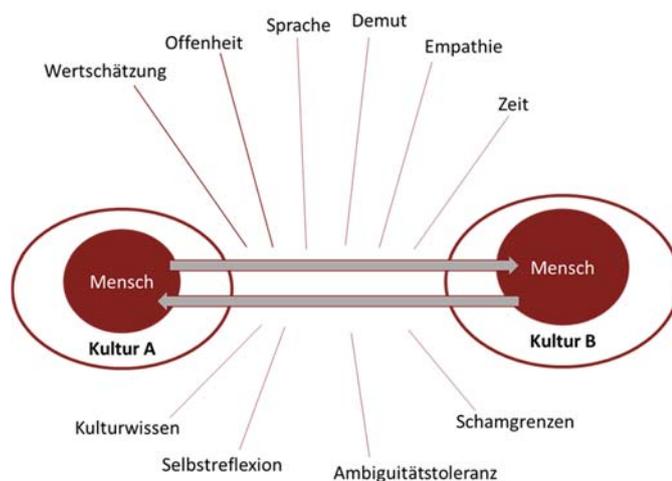
Fehler und Missverständnisse nicht vermieden werden. Vielmehr komme es auf eine innere Haltung an: wenn das Gegenüber Liebe, Respekt, Wertschätzung, Offenheit und authentische Hilfsbereitschaft wahrnimmt, sei die entscheidende Basis für eine Zusammenarbeit bereits gelegt.

Mit und ohne Kulturbrille – ein Fazit

In der Abschlussdiskussion fasste Florian Jeserich dominante Stränge der Veranstaltung zusammen. Der Praxis-Workshop hätte gezeigt, dass Körpergrenzen sowohl individuell empfunden und definiert werden würden, als auch soziokulturell und religiös normiert seien. Beim Umgang mit Menschen, die „andere“ Körperkonzepte und -wahrnehmungen haben, brauche es daher eine besondere kulturelle Sensibilität und Aufmerksamkeit. Jedoch sei gleichzeitig davor zu warnen, Konflikte und Missverständnisse ausschließlich durch eine „Kulturbrille“ zu betrachten, die den Blick auf das Individuell-Menschliche verstelle.

„Interkulturelle Verständigung muss auf Führungsebene gestaltet werden und darf nicht auf die Schultern einiger weniger MitarbeiterInnen verlagert werden“.

Im Extremfall könne dies zu stigmatisierenden Pauschalurteilen führen wie dies bspw. in der Pseudo-Diagnose „Morbus Bosporus“ zum Ausdruck komme. Eine kultursensible Versorgung gelinge dann, wenn kulturelles Wissen mit einer inneren Haltung der Offenheit und Wertschätzung verbunden werde. Denn letztlich stehe stets die Begegnung zweier Menschen im Fokus. Es gehe also darum, das Gegenüber wahrzunehmen und ernst zu nehmen, als Einzelperson und als Kulturträger. Dabei könne die Unterschätzung kultureller Faktoren genauso problematisch sein wie deren verzerrende Überbetonung. Abschließend entwickelte Florian Jeserich zusammen mit den Teilnehmenden folgendes Flipchart-Bild:



Literatur

- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: UTB.
- Honneth, A. (1994). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M., Messer, M., Quenzel, G., & Hurrelmann, K. (2017). Health literacy in Deutschland. In: Schaeffer, D., & Pelikan, J. M., *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, S. 129-144.

Autorenkontakt

Florian Jeserich M.A.
Katholische Akademie DIE WOLFSBURG
Falkenweg 6
45478 Mülheim an der Ruhr
Telefon: 0208/999 19 – 102
E-Mail: florian.jeserich@bistum-essen.de

Zitationsvorschlag

Jeserich, Florian & Martin Kellner 2018. Körpergrenzen im Spiegel interkultureller Ethik – Ein Workshopbericht. *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 1: 41-48.