

Migrantinnen und Migranten in der hausärztlichen Sprechstunde

Daniel Gelzer¹

Die Betreuung von MigrantInnen in der hausärztlichen Sprechstunde stellt hohe Ansprüche: Sprachliche Barrieren bzw. Sprachlosigkeit, kulturelle Hürden bzw. Gräben, schwer einschätzbare Ansprüche von PatientInnenseite führen oft zu unbefriedigenden Situationen und in Sackgassen. Formulieren von realistischen Erwartungen, optimierte Nutzung von Dolmetschangeboten, die erweiterte Migrationsanamnese, das Erkennen einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie das Wahrnehmen von Schmerzen als Ausdruck eines gestörten psychischen Gleichgewichtes können dabei hilfreich sein.

Wenn wir an MigrantInnen in der Sprechstunde denken, kommen den meisten von uns die schwierigsten und chronischsten unserer PatientInnen in den Sinn. Wenn wir ihnen besser helfen könnten und endlich eine brauchbare Anleitung erhielten, wie mit ihnen umzugehen ist, wäre viel gewonnen. Dass es solche Rezepte nicht gibt, wissen wir eigentlich alle; dass wir grösstenteils eine gute Medizin für die MigrantInnen anbieten, zeigt ein Blick auf die Ausländerstatistik (vgl. Tabelle 1): Knapp 20% der Wohnbevölkerung sind AusländerInnen oder MigrantInnen, d.h. knapp jede fünfte Konsultation betrifft sie. Da sie durchschnittlich jünger sind, ist es wohl nur jede zehnte oder elfte. Dass die Schweiz spätestens seit dem zweiten Weltkrieg ein Einwanderungsland ist, dass viele Wirtschaftsbereiche ohne MigrantInnen nicht funktionieren, dass ca. 60% der AusländerInnen entweder hier geboren oder schon über 15 Jahre hier leben, dass der Asylbereich weniger als 2% der AusländerInnen ausmacht, vergisst man leicht bei der ideologisch aufgeheizten Debatte um den Ausländerbereich.

¹ Bericht über einen Workshop am SGAM-Kongress 2004 zum Thema «Scheitern und Poesie» in Bern unter der Leitung von Dr. sc. nat. ETH et lic. phil. Ruth Waldvogel, Psychotherapeutin SPV, und Dr. med. Daniel Gelzer, Hausarzt.

Les consultations de migrant/es chez les médecins de premier recours posent souvent de grands problèmes. Les barrières de la langue resp. l'absence d'un langage commun sont souvent infranchissables; les attentes difficilement évaluables des patient/es mènent à des situations décevantes voire à des impasses. Il serait utile et profitable de formuler des attentes réalistes, d'optimiser les offres d'interprétariat, d'élargir l'anamnèse de la migration, de reconnaître les perturbations post-traumatiques et de percevoir la douleur en tant que qu'expression d'un déséquilibre psychique.

Tabelle 1. Ausländerstatistik Ende 2003.

Wohnbevölkerung	7 364 100
AusländerInnen	1 462 687
	davon 24% in der Schweiz geboren, 36% leben länger als 15 Jahre hier
Asylbereich	65 000
Sans Papiers	80 000–300 000
Grösste Gruppen:	Ca. 300 000 aus Italien, 190 000 aus Serbien-Montenegro, 150 000 aus Portugal
Neueinreisen 2003:	ca. 95 000
	30% Familiennachzug
	12% Heiraten (davon 500 geschätzte Scheinehen)
	32% neubeschäftigte Ausländer (6% ausserhalb Kontingent)
	14% in Ausbildung
	4% Freizügigkeit («reiche Deutsche»)
	5% humanitäre Bewilligung
	1,2% anerkannte Flüchtlinge
Einreisen nach Nationalitäten (2003):	
	Ca. 8000 aus Portugal
	Ca. 8000 aus Deutschland
	2132 aus Sri Lanka (Umteilung)
	Ca. 2000 aus Frankreich
	Ca. 1600 aus Serbien/Montenegro (Umteilung)
	NEE: Ca. 7000 pro Jahr

Migrationsanamnese

Verschiedene Studien, u.a. die Studien des Schweizerischen Tropeninstituts (STI) und des ethnologischen Instituts der Uni Bern (1995–1999) zur Kommunikation zwischen Medizinalpersonal und MigrantInnen, zeigten, dass für viele ÄrztInnen die Anamnese bei MigrantInnen mit der Einreise in die Schweiz beginnt. Es ist offensichtlich, dass damit ein grosser und wichtiger Teil der Biographie ausgeklammert wird, der oft für das Verständnis von Erkrankungen hilfreich sein kann. Natürlich ist es nicht notwendig, bei einer Verstauchung oder einer Pharyngitis eine ausführliche Migrationsanamnese zu erheben; unabdingbar ist es aber, sobald komplexere bio-psycho-soziale Krankheitsbilder auftreten. Die wichtigsten Fragen, die gestreift werden sollen, sind in Tabelle 2 aufgeführt. Ganz wichtig ist die Frage nach dem Aufenthaltsstatus, der, je unsicherer er ist, desto eher psychische Symptome miterklären kann; ebenso wichtig sind Fragen nach den Ressourcen (Verwandte, Freunde, politische, religiöse oder kulturelle Vereinigungen).

Oft erlaubt die Migrationsanamnese, eine emotional tragfähige Beziehung aufzubauen oder zu vertiefen.

Zudem erlaubt sie, die Erwartungen der PatientInnen genauer kennenzulernen.

Dolmetschangebote

Oft genügen die sprachlichen Mittel, die uns zur Verfügung stehen, nicht. Wir brauchen die Hilfe von Übersetzern. Ehepartner, Kinder, Freunde, SpitalmitarbeiterInnen aus den entsprechenden Ländern sind oft eine Hilfe; dazu gibt es ein unterdessen breites Angebot von professionellen Dolmetschern oder KulturmittlerInnen. Von vielen Fachleuten wird geraten, lediglich mit professionellen Dolmetschern zu arbeiten, da Kinder überfordert sind und von den Eltern instrumentalisiert werden können; da Ehepartner Partei sind und stellvertretend reden; da Kollegen häufig zu schlecht übersetzen. Diese Einwände sind alle richtig, vergessen aber, dass in der Alltagspraxis pragmatisch vorgegangen werden muss und wir mit den Hilfsmitteln, die uns zur Verfügung stehen, arbeiten müssen. Viel wichtiger ist es, zu wissen, wo die Grenzen der «dolmetschenden Hilfskräfte» sind: dass Kinder nicht zu Eheproblemen oder finanziellen Schwierigkeiten sprechen sollen; dass eine Frau gewisse Symptome nicht durch ihren

Tabelle 2. Wichtigste Fragen bei der Migrationsanamnese.

Herkunftsgeschichte
Biographische Daten
Ausbildung
Berufserfahrung
Rechtliche, soziale und ökonomische Situation
Traumatisierungen
Migrationsgeschichte
Motivation zur Migration
Verlauf der Migration, Flucht
Traumatisierungen
Integrationsgeschichte
Rechtlicher Status (Aufenthaltsbewilligung usw.)
Soziale und ökonomische Situation
Internationale Netze (Verwandte in anderen Städten oder Ländern, Ressourcen)
Organisationen (kulturelle, religiöse oder politische Vereine)
Gesundheitsverhalten
Spezifische Fragen
Wie nennt man Ihre Beschwerden in Ihrer Muttersprache?
Kennen Sie jemanden, der ähnliche Beschwerden hat?
Was hat nach Ihrer Ansicht Ihre Beschwerden verursacht?
Warum traten die Beschwerden nach Ihrer Ansicht gerade jetzt und bei Ihnen auf?
Was sagen Ihre Familie und Ihre Freunde/Bekannte zu Ihren Beschwerden?
Was, glauben Sie, machen Ihre Beschwerden mit Ihnen, wie funktioniert das, wie läuft das ab?
Wie ernst sind Ihre Beschwerden?
Werden sie einen langwierigen oder kurzen Verlauf haben?
Welche Abklärungen oder Behandlungen sollten Sie Ihrer Meinung nach haben?

Adaptiert nach Salis Gross u.a., Praxis 1997 und Sabbioni, PrimaryCare 2004.

Mann übersetzen lässt usw. Der Beizug von professionellen DolmetscherInnen soll in komplexeren psycho-sozialen Situationen erwogen werden. Dabei sind einige Regeln zu beachten, die in Tabelle 3 aufgeführt sind. Ein grosses Problem ist die unregelmässige Finanzierung. Die Vereinigung *Interpret* kümmert sich um die Qualifizierung der Dolmetscher und auch um Lösungen der Finanzierungsfrage.

Posttraumatische Belastungsstörung

Posttraumatische Belastungsstörungen, kurz PTSD, sind nicht immer einfach zu diagnostizieren, da oft eine Komorbidität mit Sucht, Depression, Phobien oder anderen psychiatrischen Krankheitsbildern besteht. Nachfolgend finden Sie eine Zusammenstellung der wichtigsten Symptome, die auftreten können:

Tabelle 3. Dolmetschen/Übersetzen/Kultur- und Sprachmittel.

Schwierigkeiten für den Arzt/die Ärztin:
Angst, Kompetenz zu verlieren, Verunsicherung
Mangelnde Gewohnheit
Braucht viel Zeit
Zweierbeziehung wird zur Dreierbeziehung, weniger intim
Anforderungen:
Doppelte Zeit
Vorgespräch
Sitzordnung
Darlegen der Schweigepflicht
Nachgespräch
Wörtliches Übersetzen, Kommentare klar davon getrennt, ideal «ich leide unter ...», kurze Sequenzen
Keine Privatbeziehungen, die Übersetzungsperson ist nicht Therapeut und/oder Sozialhelfer oder ...
Beachtung von nonverbalen Äusserungen
Finanzierung in der ambulanten Praxis nicht geregelt

Symptome (gemäss ICD-10):

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma oder Erinnerungslücke (Bilder, Alpträume, Flash-backs, partielle Amnesie);
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen);
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung Trauma-assoziiierter Stimuli) und emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit);
- die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit z.T. mehrjähriger (!) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (late-onset PTSD). Die Migrationsanamnese hilft bei der Diagnose, da das Wissen um die Herkunft, die Gründe für die Migration und die aktuelle Lebenssituation oft zum besseren Verständnis der Symptomatik beitragen. Da die Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse meist sehr schmerzhaft und oft schambeladen ist, vermeiden es viele Menschen, darüber zu sprechen; die Angst vor den aufkommenden Gefühlen lässt sie manchmal abweisend erscheinen. Aus diesem Grund ist es bei Verdacht auf PTSD ratsam, nur behutsam zu fragen und dem Patienten Zeit zu lassen. Therapeutische Massnahmen sind einerseits Psychotherapie, wobei hier sowohl psychodynamische als auch kognitive Ansätze zur Anwendung kommen. Die akuten Symptome werden aber auch mit Psychopharmaka gemildert. Das Wichtigste ist jedoch die therapeutische Beziehung zwischen PatientIn und Arzt oder Ärztin; oft werden traumatische Erlebnisse erst nach langer Zeit erwähnt, wenn ein gewisses Vertrauen aufgebaut ist. Das Ambulatorium für

Folter- und Kriegsoffer des SRK in Bern kann Adressen von Psychotherapeuten vermitteln und bei Abklärungen behilflich sein.

Schmerzen

Es ist paradox: Noch nie gab es so viele Schmerztherapien, -mittel und Interventionen gegen Schmerzen wie heute – und wohl noch nie waren ÄrztInnen so hilflos im Umgang mit (chronischen) Schmerzzuständen. Schmerz ist einer der häufigsten Konsultationsgründe; wir ÄrztInnen sind ausgezeichnet darin ausgebildet, den somatischen Ursachen von Schmerzen nachzugehen und auf den Grund zu kommen. Dass Schmerzen häufig auch psychogenen Ursprunges sind oder zumindest psychisch mitbedingt sind, vergessen wir leicht. Dies ist aber im Migrationszusammenhang besonders wichtig – und folgenreich. Denken wir nur an die Begriffe wie Heimweh, «Mal du pays», «douleur antisouffrance» («es ist manchmal leichter, Schmerzen zu ertragen als die schrecklichen Umstände oder die Lebensgeschichte»). Eine internationale transkulturelle Studie [6] zeigt eindrücklich auf, dass Schmerzen in allen Kontinenten sehr häufig als Symptom von Depressionen auftreten. Zudem konnte gezeigt werden, dass, je schlechter die Beziehung des Patienten zum Arzt oder zur Ärztin ist, desto häufiger Schmerzen als (Erst)Symptom präsentiert werden.

Es ist ausserordentlich wichtig, sich dieser Tatsache bewusst zu sein, die Schmerzen seriös abzuklären, dabei aber den Tendenzen zur Somatisierung entgegenzuwirken. Dazu ist es notwendig, Schmerzen als Ausdruck psychischen Leidens anzusprechen und ernst zu nehmen. Dadurch kann eine iatrogene Somatisierung vermieden werden.

Für viele MigrantInnen ist ein körperliches Symptom bzw. sind Schmerzen ein Präsentiersymptom, ein «ticket of admission», ein Eintrittsbillett ins medizinische System, um ein psycho-soziales Problem anzugehen.

Realistische Ziele und Erwartungen

Vor allem bei PatientInnen mit komplexen psychosozialen Problemstellungen oder chronischen Verläufen ist es ausserordentlich wichtig, sich realistische Ziele zu stellen und nicht zu hohe Erwartungen an einen Therapieerfolg zu haben. Ebenso wichtig ist es, dies den PatientInnen zu kommunizieren, da diese ja oft mit überhöhten Hoffnungen zu uns west-

europäischen Ärzten kommen oder einen Arztwechsel vornehmen, der mit der Erwartung verknüpft ist, alle Enttäuschungen zu beheben. Immer wieder müssen wir uns vor Augen halten, dass die Medizin gesellschaftliche und soziale Missstände nicht beheben kann und die Folgen davon nicht ungeschehen machen kann.

Literatur

- 1 Sondernummern Migration und Gesundheit. Praxis 1997;86: Nr. 19 und 21. Enthalten die wichtigsten Folgerungen für die Praxis des Forschungsprogramms des STI und der Medizinethnologie Bern.
- 2 SRK (Hrsg.). Migration, eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo Verlag; 2004.
- 3 Weiss R. Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von MigrantInnen. Zürich: Seismo Verlag; 2005.
- 4 Gelzer, D. Migration und Gesundheit. Gemeinsamkeiten sehen, Unterschiede nicht verleugnen. Soziale Medizin 2002/4;43.
- 5 Soziale Medizin, Zeitschrift im Gesundheitswesen mit regelmäßigen Beiträgen zu Migration und Gesundheit, www.sozialemedizin.ch
- 6 Simon GE, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999;341:1329–5.

Dr. med. Daniel Gelzer
Mörsbergerstrasse 40
CH-4057 Basel
dgelzer@balcab.ch

Nützliche Adressen

Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK
Freiburgstrasse 44 a
3010 Bern
Tel. 031 390 50 50
Internet: www.folter.ch
E-mail: ambulatorium.miges@redcross.ch

Appartenances (auch in Genf, Neuenburg, Vevey und Yverdon)
Rue des Terreaux 10, Case postale 52,
1000 Lausanne 9, tél. 021 341 12 50,
E-mail: association@appartenances.ch

Internetseite des BAG für den Bereich Migration:
www.miges.ch
Gute Übersicht und Hinweise auf Angebote und Links.

Vermittlung von DolmetscherInnen
Fachstelle interkulturelle Kommunikation
Caritas Luzern
Morgartenstrasse 19, 6002 Luzern,
Tel. 041 210 00 66

Fachstelle «Interkulturelle Kommunikation»,
FiF Fachstelle für interkulturelle Fragen
Brahmsstrasse 28, 8003 Zürich, Tel. 01 497 60 60,
Internet: www.stadt-zuerich.ch/kap10/fif/

Linguadukt Dolmetscherdienst
Basel-Stadt/Baselland
c/o HEKS Regionalstelle Basel, Socinstrasse 13,
4051 Basel, Tel. 061 269 94 07,
E-Mail: heks_basel_fluedi@bluewin.ch
Über diese Adresse können auch Dolmetscherdienste in anderen Regionen vermittelt werden.