

Heinrich Kläui

# Differenz in der hausärztlichen Praxis am Beispiel von Migrantinnen und Migranten

Bericht von einem Workshop mit Frau Dr. Dagmar Domenig am KHM-Kongress 2012 in Luzern

**Differenz und Identität sind ergänzende Begriffe: unsere Identität setzt sich aus einer Vielzahl von Zugehörigkeiten zusammen. Kulturalisierende Begriffe sind pauschalisierend und werden den Migrantinnen und Migranten in ihrer Vielfalt nicht gerecht. Durch Anerkennen der Differenz, durch Erfassen der Erklärungsmodelle und der Illness-Perspektive wird der Weg zur partnerschaftlichen gemeinsamen Entscheidungsfindung eröffnet.**

## Identität

Jeder Mensch ist Teil vieler Gruppen: als Familienmitglied, bei der Arbeit, im Sport, in kulturellen Vereinen, als Bürger eines Staates, aber auch als Bewohner eines Quartiers – die Aufzählung könnte noch lange weitergeführt werden. Jede Gruppenzugehörigkeit ist mit einer bestimmten Identität, einer Seite unseres Selbst, verbunden. Kein Mensch kann auf eine einzige Gruppenidentität reduziert werden; jeder Mensch hat eine plurale Identität. Im jeweiligen Kontext entscheidet sich (und entscheiden wir), ob wir als Berner, als Altstadtbewohner, als Chormitglied, als Italiener zweiter Generation, als Hobbyfussballer, als Mitarbeiter der Firma X auftreten – und sind doch alle andern Identitäten gleichzeitig. Die Bedeutung der einzelnen Bindungen und Zugehörigkeiten ist wesentlich kontextgebunden.

Verschiedenheit/Differenz ist eine gesellschaftliche Tatsache und alle Gesellschaften haben Wege gefunden, mit Differenz umzugehen. Die menschliche Geschichte ist leider auch eine Geschichte des Ausschlusses: Menschen werden auf eine Zugehörigkeit reduziert und werden aufgrund eines Merkmals ausgeschlossen oder sogar vernichtet. Auch in jüngster Zeit müssen wir erleben, welche Folgen die Negation von Differenz im Namen ethnisch reiner Staaten hat. Ethnische Konzepte sind jedoch Fiktion, wie die Geschichte zeigt.

In urbanen Kontexten ist die Differenz ausgeprägter, wobei interessanterweise weniger Fremdenfeindlichkeit beobachtet wird. Die Anerkennung von Differenz entsteht durch den Kontakt, durch Rationalisierung der Verschiedenheit.

In der hausärztlichen Praxis findet sich eine grosse Differenz: auch in Berggebieten leben mittlerweile geflüchtete Familien aus Kurdistan, in allen Tourismusgebieten würde ohne tamilische Mitarbeitende nichts mehr funktionieren, wir treffen Informatiker aus Indien, arabische Geschäftsmänner, nigerianische Flüchtlinge, bosnische Familien.

## Differenz im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen muss sich gegenüber Differenz öffnen. Einerseits muss sich das Gesundheitswesen auf die Verschiedenheit seiner Patientinnen und Patienten einstellen, andererseits ist das Gesundheitswesen mit seinen Mitarbeitenden sozusagen gelebte Differenz. Eine interessante Initiative ist die Bewegung «Migrant friendly hospitals», die diese Doppelperspektive aufnimmt. Ge-

sundheitsdienste müssen ermutigt und unterstützt werden, mit der Differenz effektiv und effizient umzugehen und durch die Einstellung auf die veränderten Realitäten und Bedürfnisse auch Nutzen zu ziehen.

Misslingt der Umgang mit Differenz, so bleiben Zugangsbarrieren (Sprache, Krankheitsmodelle, fehlende Gesundheitskompetenz), Diskriminierung, Fehldiagnosen und Behandlungen aufgrund ungenügenden Verständnisses, und schliesslich unnötige Kosten durch Drehtüreffekte und überforderte Pflege- und Behandlungsteams.

Öffnen der Angebote bedeutet:

- Organisatorische Anpassungen (Öffnungszeiten, personelle Besetzung, Ernährung, spirituelle Angebote, Inneneinrichtung);
- Abbau von Zugangsbarrieren (Übersetzungsdienste, Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, aufsuchende Betreuung);
- Teams mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit Differenz (Weiterbildung, Intervention);
- keine Akzeptanz von (rassistischer) Diskriminierung.

## Transkulturelle Sehweise

Differenz lässt sich nicht auf den Pass eines Staates oder eine Nationalität reduzieren. So verschieden SchweizerInnen untereinander sind, so verschieden sind MigrantInnen untereinander. Herkunft, soziale Schicht, Bildung, Lebenserfahrungen lassen sich nicht mittels einer kulturellen Etikette vereinheitlichen. In der Sprechstunde mit Migrantinnen und Migranten ist die individuelle (physische, psychische) wie auch die soziale, lebensgeschichtliche und rechtliche Dimension zu erfassen. Die Herkunfts- und Migrationsgeschichte können Schlüssel zum Verständnis sein wie auch die Inklusionsgeschichte (Aufenthaltsstatus), der Bildungshintergrund, die (familiären und sozialen) Ressourcen oder die alltägliche Lebenswelt.

Doch gerade Lebenserfahrungen können sehr unterschiedlich sein. Die meisten Länder dieser Welt kennen ein 2-Klassen-System im Gesundheitswesen: Einem staatlichen Gratisangebot, oft unterfinanziert und mit eingeschränkten Möglichkeiten, steht ein privater Sektor gegenüber, in dem alles möglich ist – gegen Bezahlung. Die Gesundheitsposten in den ländlichen Gegenden sind durch junge ÄrztInnen besetzt, die nach dem Studium ihr Praktikum dort verbringen. Die PatientInnen haben gelernt, dass nur durch Ausüben massiven Druckes die Überweisung an eine besser qualifizierte Institution zu erreichen ist. Und nun treffen sie auf eine Hausärztin/einen Hausarzt, der nicht einmal ein Röntgenbild anfertigen will ... (Abb. 1)

## Erklärungsmodelle

Als «explanatory models» bezeichnete Kleinmann das Erklärungsmuster, das sich eine erkrankte Person erarbeitet, um ihr Kranksein

42-jähriger Mann aus dem Kosovo  
 Jetziges Leiden: stärkste Lumbalgien  
 Zuvor: wiederholte Schmerzattacken, NFS-Besuche  
 Leichte Kontrakturen, ansonsten normale Befunde bei der Untersuchung

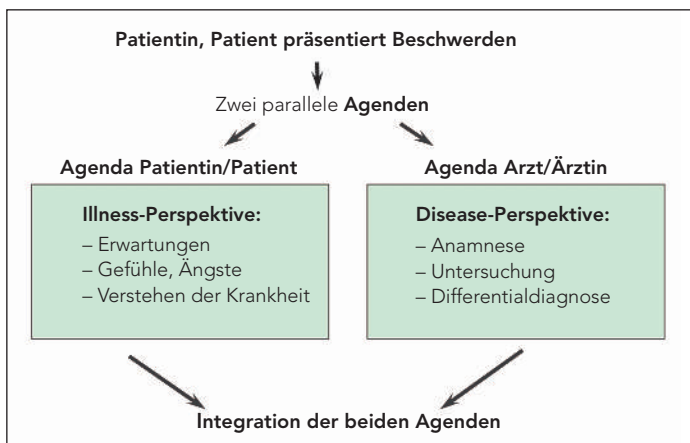
<b>Patient:</b>	<b>Arzt/Ärztin:</b>
• Notfall	• Kein Röntgenbild
• sofortige Hilfe	• Diskrepanz Klinik/Beschwerden
• erneute Abklärungen	• Somatisierung?
• Unzufriedenheit	• Hidden agenda?

**Abbildung 1**  
Zwei Agenden.

zu verstehen. Erklärungsmodelle sind durch unterschiedliche Faktoren wie Alter, Geschlecht, Herkunft, Lebenswelt, Biographie usw. beeinflusst und somit immer individuell. Erklärungsmodelle beziehen sich immer auf eine konkrete Episode und können sich erheblich von biomedizinischen oder andern naturwissenschaftlich geprägten Erklärungsmustern unterscheiden. Patientenorientierte Medizin beinhaltet immer das Erfassen und Einbeziehen der Erklärungsmodelle der Betroffenen, ohne die eine gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making) nicht möglich ist. Kleinmann spricht in diesem Zusammenhang auch von der Illness-Perspektive, die es zu erfassen gilt. Der kranke Mensch fragt sich: Was habe ich? Warum habe gerade ich diese Krankheit? Kann ich geheilt werden? Wie werde ich in Zukunft leben? Der Illness-Perspektive steht die Disease-Perspektive des Arztes/der Ärztin gegenüber, die auf (naturwissenschaftliche) Diagnose, Therapie und Prognose fokussiert. Können diese beiden Perspektiven besprochen werden, kommt es also zum Verhandeln der Erklärungsmodelle, so ist das Vertrauen gewonnen und die Compliance meist gesichert; überstülpt jedoch der Arzt/die Ärztin ihr Modell auf den Patienten/die Patientin, so ist der Misserfolg schon programmiert (Abb. 2).

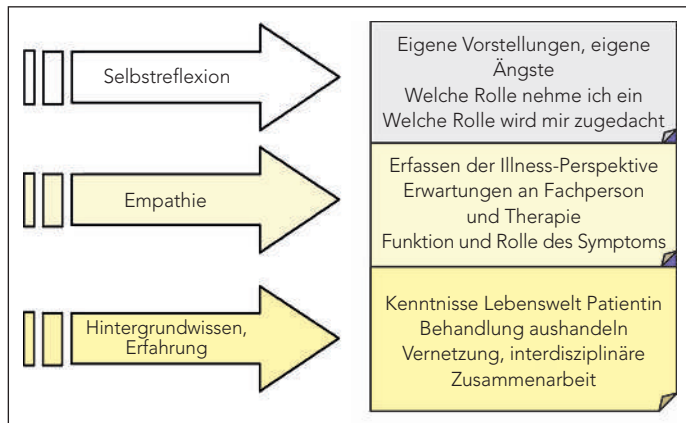
**Transkulturelle Kompetenz**

Als transkulturelle Kompetenz wird die Fähigkeit bezeichnet, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkul-



**Abbildung 2**  
Zwei Perspektiven (nach [4]).

turell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit, die Perspektiven anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen [1]. Transkulturelles Handeln ruht auf drei Säulen (Abb. 3). Ich danke der Workshopleiterin Frau Dr. Dagmar Domenig, Geschäftsführerin Stiftung Arkadis, 4600 Olten, für ihre wertvolle Hilfe.



**Abbildung 3**  
Transkulturelles Handeln ruht auf drei Säulen.

**Das Wichtigste in Kürze**

- Zugangsbarrieren jeglicher Art sind abzubauen (sprachlich, strukturell, Gesundheitskompetenz).
- Der Fokus soll auf der individuellen Lebenswelt liegen (Kulturalisierungen vermeiden).
- Vielfalt/Differenz ist eine Realität und daher zu akzeptieren.
- Die Kommunikation ist zu erleichtern (Übersetzungsdienste, Sprachkurse).
- Eine Vertrauensbeziehung ist zuerst aufzubauen.
- Illness-Perspektive und Erklärungsmodelle sind zu berücksichtigen.

**Weiterführende Literatur**

- 1 Domenig D, Hrsg. Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Auflage. Bern: Hans Huber; 2007.
- 2 Glyn E, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation Brit J General Practice. 1999;49:477–82.
- 3 Kleinmann A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care, Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. Ann Intern Med. 1978;88:251–8.
- 4 Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centered clinical method. A Model for the doctor-patient interaction in family medicine. Family Practice. 1986;3:24–30.

**Nützliche Links**

- Transkulturelle-Kompetenz.ch: eine an Informationen reiche Webseite des SRK.
- Migesplus.ch: Webseite des BAG in 9 Sprachen, betrieben durch das SRK, mit Zugang zu einer Vielfalt von Broschüren und Ressourcen.
- Migrant Friendly Hospitals: eine Initiative von BAG und h-plus.

Korrespondenz:  
 Dr. med. Heinrich Kläui  
 Bühlstasse 59  
 3012 Bern  
 h.klaui[at]bluewin.ch