

Hoffnung auf Sicherheit und ein Leben in Würde

Migration und seelische Gesundheit – was können Hausärzt/-innen tun?

Heinrich Kläui

Hausarzt, Bern; ehem. Konsiliararzt Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer, Bern



Ärztinnen und Ärzte sind wichtige Vertrauenspersonen für Menschen, die auf der Flucht vor Krieg und Folter in der Schweiz ankommen. Dieses Vertrauen muss langsam aufgebaut werden; die hausärztliche Praxis ist ein wichtiger Ort dafür.

Die Schweizer Geschichte war immer auch eine Migrationsgeschichte. Über Jahrhunderte verliessen junge Menschen ihre Heimat, um in fremden Ländern zu kämpfen, zu dienen oder ihr Glück zu suchen. Militärische Arbeitsmigration ab dem 15. Jahrhundert, zivile Arbeitsmigration (Küher, Bäcker, Baumeister, Wissenschaftler, Künstler etc.), Flucht aus religiösen und politischen Gründen und manchmal behördlich angeordnete Armutsmigration [1]. Diese war nicht selten unfreiwillig – die Hälfte einer grossen, über 300-köpfigen Gruppe von verarmten Bürgern Rothrist (= Niederwyl bei Zofingen) wurde 1855 von der Gemeinde gedrängt, sich auf die lange Reise nach Amerika zu machen (Abb. 1 und 2).

Die letzte Auswanderungswelle in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts führte nach Argentinien. In vielen Familien leben heute noch die Auswanderungsgeschichten der Vorfahren weiter.

Nun erleben wir – nach den grossen Zuwanderungswellen zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts und während der Hochkonjunktur – eine Zuwanderung von Flüchtlingen, die vor Krieg, Armut und Folter flüchten. Diese Menschen haben oft Schreckliches erlebt, zu Hause und auf der Flucht. Sie haben ihr Land unfreiwillig verlassen, hoffend auf Sicherheit und ein



Abbildung 2: Denkmal für die Auswanderer, Rothrist.

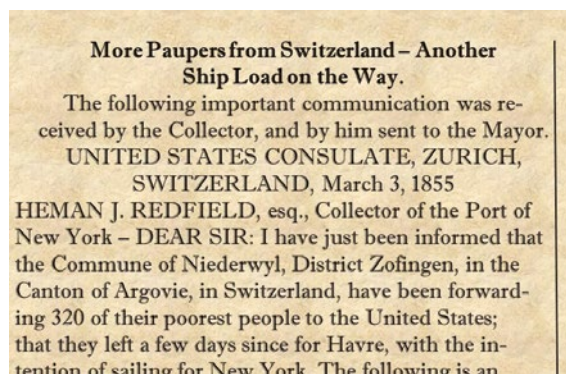


Abbildung 1: Textauszug der *New York Times* von 1855.

Leben in Würde; sie kommen mit Vorstellungen, Hoffnungen und Wünschen, die wir nicht kennen und die uns fremd sind.

In der Sprechstunde

Die häufigsten Konsultationsgründe sind Rückenschmerzen, Magenbeschwerden, Schlafstörungen; häufig sind aber auch banal erscheinende Leiden wie Akne oder Haarausfall Grund eines Arztbesuches. Hinter harmlosen Beschwerden kann sich eine grosse Angst verbergen: Habe ich nach der entbehrungsrei-

chen Flucht nun eine schwere Erkrankung? Hat die Folter bleibende Schäden hinterlassen?

Oft ist die sprachliche Verständigung schwierig; leider harret das leidige Problem der ungedeckten Übersetzungskosten weiter einer Lösung. Das Bundesamt für Gesundheit BAG hat den Nationalen Telefondolmetschdienst initiiert (Telefonnummer 0842 442 442, CHF 3/Minute, mindestens CHF 30/Gespräch), der mit qualifizierten, zertifizierten Dolmetschpersonen arbeitet und der Schweigepflicht untersteht. Auch verschiedene Hilfswerke bieten Übersetzungsdienste an, am einfachsten aufzufinden über die lokale Vermittlungsstelle von INTERPRET: www.inter-pret.ch [2].

Als schwierig werden aber auch sogenannte «kulturelle Differenzen» angesehen: Menschen, die ihre Erfahrungen mit einem uns unbekanntem Gesundheitssystem mitbringen; die sich ungewohnt verhalten, fordernd oder sehr passiv; Menschen, die ihr Leiden in uns fremden Worten ausdrücken; Menschen mit unrealistischen Hoffnungen oder unverständlichen Ängsten.

Auch wenn Stereotypen uns viel Denkarbeit abnehmen und Zeit sparen: Wir haben ein Individuum mit einer individuellen Geschichte vor uns; fragen wir diese Person, wenn uns ihr Verhalten oder ihre Gedanken unverständlich sind! Stereotypen sind nicht dienlich, um einen kranken Menschen zu verstehen; weit wichtiger als die «Kultur» sind die Lebenserfahrungen, das Krankheitserleben und die erworbenen Bewältigungsstrategien des konkreten Individuums.

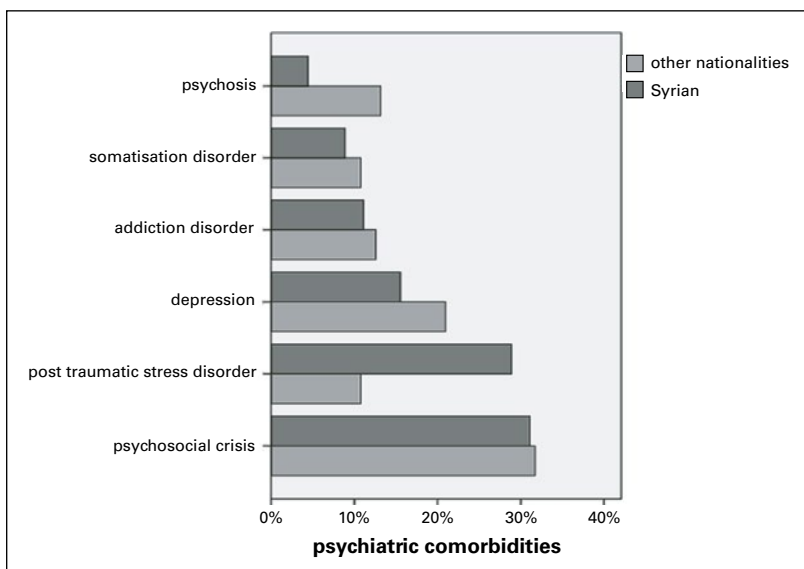


Abbildung 3: Prävalenz psychischer Störungen bei Asylsuchenden aus dem Nahen Osten in einer universitären Notfallstation (Inselspital Bern). Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos AK (2016) Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems? *PLoS ONE* 11(2): e0148196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148196>.

Traumatisierte Flüchtlinge

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Tab. 1) lässt sich bei 30–60% der neu eintraffenden Flüchtlingen stellen; die Prävalenz sinkt auf 15–20% bei anerkannten Flüchtlingen [3]. Die Prävalenz der Depression ist mindestens gleich hoch, in einigen Studien höher als die der PTBS.

Tabelle 1: Posttraumatische Belastungsstörung.

Traumatisches Ereignis, Beginn nach 1 bis 6 Monaten
Aufdrängende Erinnerungen: Flashbacks, Träume, innere Bedrängnis (<i>Intrusion</i>)
Vermeidungsverhalten (<i>Konstriktion</i>)
Teilweise/vollständige Amnesie
Übererregung (<i>hyperarousal</i>): Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit

Die psychische Morbidität zeigt nicht nur einen Zeitverlauf, sie hängt auch mit der Intensität der erlebten Traumata zusammen. Unter Asylsuchenden aus dem Nahen Osten ist die Prävalenz der PTBS bei Syrern mit 30% mehr als doppelt so hoch als bei Nicht-Syrern (Abb. 3) [4].

Wie lässt sich eine Traumatisierung erkennen? Wichtige Symptome, die oft spontan erwähnt werden, sind Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Nervosität. Erfragt werden sollten Albträume, Vermeidungsverhalten und sozialer Rückzug.

Komorbidität ist häufig, sowohl mit Depressionen wie auch mit Anpassungsstörungen und protrahierten Trauerreaktionen. Die diagnostische Klärung ist in der hausärztlichen Praxis oft schwierig – und vielleicht auch nicht im Vordergrund. Ein pragmatisches Vorgehen orientiert sich am Leidensdruck: Kann der Patient/die Patientin schlafen? Bestehen schwere Konzentrationsstörungen? Behindern Flashbacks und Vermeidungsverhalten die Alltagsgestaltung? In diesen Fällen empfiehlt sich die Überweisung an eine Fachstelle, sei dies an eines der Ambulatorien für Folter- und Kriegsoffer, an eine spezialisierte transkulturelle Sprechstunde oder an psychiatrisch-psychotherapeutische Kolleg/-innen (ärztliche und nicht-ärztliche), die sich in der Behandlung traumatisierter Menschen auskennen.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass viele Flüchtlinge grosse Vorbehalte gegenüber psychopharmakologischen Behandlungen haben; einerseits verbinden sie mit psychischer Krankheit die oft wenig entwickelte Anstaltspsychiatrie im Heimatland, andererseits werden Medikamente in der Folter verwendet und wecken Ängste vor Kontrollverlust.

Ein wichtiges Zeichen durchgemachter Traumatisierung und Folter sind chronische Schmerzen, insbesondere Rücken- und Kopfschmerzen. Sie sind Ausdruck der hohen inneren Anspannung, die phasenweise unaushaltbar werden kann (und häufig zu Notfallkonsultationen und Besuchen in Notfallstationen führt). Ein zentraler Faktor ist die Angst: Angst vor bleibenden Schäden durch Folter und Misshandlung; Angst vor Invalidität und dadurch Unmöglichkeit, ein neues Leben aufzubauen. Man ist oft erstaunt, welche Antworten auf die Frage «Was befürchten Sie am meisten?» gegeben werden: Ein Patient beispielsweise sah seine Zukunft im Rollstuhl, nachdem er im heimatischen Fernsehen eine Dokumentation über einen gefolterten Menschen mit den gleichen Rückenschmerzen gesehen hatte. Die Zusammenhänge von Trauma und Schmerzen sind nicht allen traumatisierten Menschen geläufig. Es lohnt sich, anhand von Schmerztagebüchern oder ähnlichen Hilfen Verbindungen zwischen Schmerz und psychischem Zustand (Schlaf, Nervosität, «Stress») herzustellen.

Soll die Traumatisierung angesprochen werden?

Es hat sich bewährt, den Entscheid, die Traumatisierung anzusprechen oder nicht, dem Patienten/der Patientin zu überlassen. Einerseits ist es nicht an uns, Fragen zu stellen, die vielleicht vor kurzem durch die Migrationsbehörden gestellt wurden; andererseits kann ein zu forschendes Explorieren zu schmerzhaften Rückerinnerungen und zu Dissoziationen führen. Eine Anamneseerhebung, die Erinnerungen an Verhöre weckt, kann bei traumatisierten Patientinnen und Patienten Angst, Verwirrung und dissoziative Zustände hervorrufen – insbesondere bei erst kurzer Arzt-Pa-

tienten-Beziehung. Die so erhaltenen anamnestischen Angaben sind oft widersprüchlich und ungenau (dies wird leider von den Migrationsbehörden zu Ungunsten der Person verwendet). Es empfiehlt sich, sehr behutsam vorzugehen. Oft reicht die Frage, ob jemand im Gefängnis oder in einem Lager war, um ein stummes beidseitiges Wissen herzustellen, das dann zu gegebener Zeit zur Sprache gebracht werden kann.

Wichtig sind Empathie, Transparenz (Erklären der geplanten Untersuchungen, der Befunde, eventueller Überweisungen), ruhiges Vorgehen ohne unnötige Wartezeiten und Vermitteln von Sicherheit (Arztgeheimnis erwähnen, Sitzordnung, physische und psychische Distanzen respektieren).

Was erwarten Flüchtlinge von uns?

Flüchtlinge erwarten sehr viel von uns! Ist einmal eine Vertrauensbasis gelegt, dann sind wir eine zentrale Anlaufstelle für viele Fragen. Als wichtig werden angegeben: Zeit – Vertrauen – Interesse am politischen und historischen Kontext – direktes Ansprechen der psychischen Symptome (Alpträume, Flashbacks, Nervosität, Konzentrationsstörungen, Trauer, Vermeidungsverhalten) – Information und Psychoedukation zu PTBS und Traumafolgestörungen [5].

Das Krankheitsmodell vieler traumatisierter Flüchtlinge ist multifaktoriell und psychosozial – sie sehen ihren Zustand als Resultat einer Vielzahl verschiedener Stressoren, die auf ihr Leben einwirken [6]. Oft wird ein Zusammenhang mit aktuellen Belastungen hergestellt; die Traumatisierung kommt seltener zur Sprache. Vielleicht fehlt die Hoffnung, das erlittene Leid sei einer Behandlung zugänglich? Das Konzept der psychotherapeutischen Gesprächsbehandlung ist vielen Menschen fremd. Hausärzte und -ärztinnen hingegen kennen alle ... Auf diesem Vertrauensvorschuss können wir aufbauen. Es liegt an uns, unserer Patientin oder unserem Patienten das Wesen einer psychotherapeutischen Traumabehandlung zu erklären und sie gegebenenfalls dazu zu motivieren.

Erfolgsfaktoren in der Behandlung

Schematisch lassen sich vier Ebenen [7] unterscheiden:

- Eine Ebene des Selbstmanagements, unterstützt durch Peers mit ähnlichen Erfahrungen, und durch psychoedukative Unterstützung (z.B. durch Hausärztinnen und -ärzte);
- Eine Ebene der psychosozialen Hilfe: Wohnung, Ausbildung, Arbeit – unterstützt durch hausärztliche Vermittlung und Zeugnisse, durch Hilfswerke und Sozialdienste;

Tabelle 2: Postmigratorische Lebensschwierigkeiten bei 134 Patient/-innen des Ambulatoriums für Folter- und Kriegssopfer SRK in Zürich [9].

Einsamkeit	84,3%
Sorge um Familienangehörige im Heimatland	80,8%
Unmöglichkeit, im Notfall in die Heimat zu reisen	75,4%
Trennung von der Familie	73,9%
Schwierigkeiten, Deutsch zu lernen	73,1%
Schwierigkeiten mit Arbeit	65,7%
Verständigungsschwierigkeiten	62,7%
Angst vor zukünftiger Rücksendung in die Heimat	61,2%
Schwierigkeiten, angemessenen Wohnraum zu bekommen	56,0%
Nicht ausreichend Geld, um Nahrung und nötige Kleidung zu kaufen oder die Miete zu bezahlen	53,7%
Diskriminierung	47,0%
Sorgen, keine Behandlung für Gesundheitsprobleme zu erhalten	47,0%
Keine Anerkennung als Flüchtling	39,6%
Konflikte mit Sozialarbeitenden/anderen Autoritäten	37,3%
Konflikte mit eigener/anderen ethnischen Gruppen in der Schweiz	23,1%

- Eine Ebene der Behandlung von Komorbiditäten: Schmerzzustände, somatische Krankheiten, Infekte – die hausärztliche Domäne;
- Und schliesslich die Ebene der eigentlichen Traumatherapie durch spezialisierte Dienste und niedergelassenen Psycholog/-innen und Psychiater/-innen.

Die Prognose der psychischen Traumafolgestörungen ist in der Regel günstig; es besteht eine nicht zu unterschätzende Selbstheilungstendenz. Psychosoziale Faktoren haben einen entscheidenden Einfluss auf die Genesung; an erster Stelle steht die physische und psychische Sicherheit, gewährleistet durch einen sicheren Aufenthaltsstatus.

Die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen benötigt einen gesicherten Boden, um mit der Arbeit am Trauma zu beginnen; ist diese Sicherheit nicht gewährleistet, bleibt nur Stabilisierung und symptomatische Therapie. Die meisten psychotherapeutischen Verfahren arbeiten mit Trauma-Reexposition; dies ist jedoch nicht unumstritten. Für weitere Informationen zur Psychotherapie mit traumatisierten Menschen sei auf die Fachliteratur verwiesen [8].

Postmigratorische Faktoren

Unter *postmigratory living difficulties* (PLMD) werden die Probleme, Hindernisse und Schwierigkeiten zusammengefasst, die das Gelingen des Migrationsprojektes erschweren und gefährden (Tab. 2).

Die Probleme von Überlebenden von Folter und Misshandlung müssen weit breiter definiert werden als nur über die PTBS-Symptome, wie eine Cochrane-Übersicht [10] feststellte.

Zu den alltäglichen Schwierigkeiten des Aufbaus eines Lebens im Exil kommt die moralische Dimension der Folter: Folter und Misshandlung erschüttern unsere Grundüberzeugungen; durch die Konfrontation mit Hass und Willkür wird das Vertrauen in die Mitmenschen nachhaltig zerstört.

Nützliche Links

www.migesplus.ch: Umfassender Zugang zu Materialien (Brochüren, Patienteninformationen) zu Themen der Migration in vielen Sprachen.

www.migesexpert.ch: Informationen für Ärztinnen und Ärzte zu Migration und Gesundheit.

www.torturevictims.ch: Webseite des Verbunds der Ambulanten für Folter- und Kriegsoffer mit weiterführenden Materialien.

Zusammenfassung

Der Hausarzt/die Hausärztin ist eine wichtige Vertrauensperson für Menschen, die ihre materielle Existenz und ihr Vertrauen in die Menschlichkeit verloren haben. Dieses Vertrauen muss langsam aufgebaut werden; die hausärztliche Praxis mit ihrer Zuverlässigkeit, Transparenz und Offenheit ist ein wichtiger Ort auf diesem Weg. Ein Patient beschrieb es als «Seil in einem reissenden Strom, an dem er sich festhalte». Die Zusammenarbeit mit psychotherapeutischen Kolleg/-innen ist Hilfe für schwer traumatisierte Patientinnen und Patienten – und im kollegialen Austausch Entlastung in unserer hausärztlichen Arbeit mit traumatisierten Menschen.

Psychosoziale Unterstützung, Erfassen und Behandeln von Krankheiten und Ängsten, erklärende Informationen (Psychoedukation) und manchmal einfach Da-Sein – das sind die vornehmen Aufgaben der hausärztlichen Praxis.

Literatur

- Holenstein A, Kury P, Schulz K. (2018) Schweizer Migrationsgeschichte. Von den Anfängen bis zur Gegenwart. Hier und Jetzt, Baden.
- Eine Liste der Vermittlungsstellen findet sich unter https://www.inter-pret.ch/admin/data/files/editorial_asset/file/317/liste_der_vermittlungstellen.pdf?lm=1536834874
- Kläui H (2018) Allgemeinmedizinische und hausärztliche Betreuung von Flüchtlingen und Asylsuchenden, in Maier T, Morina N, Schick M, Schnyder U (Hrsg.) (2018, im Druck) Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung. Hogrefe, Bern und Göttingen.
- Pfortmueller C, Schwetlick M, Mueller T, et al. Adult asylum seekers from the middle east including Syria in Central Europe: what are their health care problems? PLoS One. 2016;11(2):e0148196.
- Shannon P. Refugees' advice to physicians: how to ask about mental health. Fam Pract. 2014;31(4):462–66.
- Maier T, Straub M. My Head is Like a Bag Full of Rubbish: Concepts of Illness and Treatment Expectations in Traumatized Migrants. Qual Health Research. 2011;21:233–48.
- Maier T (2018): Antrittsvorlesung Uni Zürich, www.uzh.ch/outreach/events/av.html
- Maier T, Morina N, Schick M, Schnyder U (Hrsg.) (2018 im Druck) Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung. Hogrefe, Bern und Göttingen.
- Morina N, Kuenburg A, Schnyder U, et al. The Association of Post-traumatic and Postmigration Stress with Pain and Other Somatic Symptoms: An Explorative Analysis in Traumatized Refugees and Asylum Seekers. Pain Medicine. 2018;19:50–9.
- Patel N, Kellezi B, Williams AC. (2014) Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. Cochrane Database Syst Rev, 11, CD009317

Korrespondenz:
Dr. med. Heinrich Kläui
Bühlstrasse 59
CH-3012 Bern
[h.klaeui\[at\]hin.ch](mailto:h.klaeui[at]hin.ch)