

mein Mann verbietet mir diesen Kurs, als selber zu sagen, ich möchte diesen Kurs aus welchen Gründen auch immer nicht besuchen. Die Praxis zeigt, dass diese gemeinsame Reflexion unterschiedlicher soziokultureller Denk-, Wahrnehmung- und Handlungssysteme etwas vom Wichtigsten in der Arbeit mit ikV ist. Dabei lernen die schweizerischen Fachpersonen und die ikV gemeinsam ihre eigenen Annahmen laufend zu verändern.

Ähnlich wie bei Gender Mainstreaming, welches nur durch das Aufknacken von „gegenderten“ institutionelle Strukturen und Kulturen nachhaltig verankert werden kann, verhält es sich bei der Integration von zugewanderten Fachpersonen. Schweizerische Institutionen und deren Geldgeber können nicht erwarten, dass die transkulturelle Öffnung der gesundheitsfördernden und präventiven Angebote, ohne eine Veränderung der Vorstellung wie professionelle Präventionsarbeit aussehen muss, geschehen kann.

Projekt „Puentes“ der Caritas Schweiz ist ein Schulungsprogramm für interkulturelle VermittlerInnen, welche im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen sowie in der Verwaltung arbeiten. Weitere Informationen unter [www.caritas.ch/integration](http://www.caritas.ch/integration)

Die „Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention“ (Bauer 2007) kann unter [www.caritas.ch/gesundheit](http://www.caritas.ch/gesundheit) hinunter geladen werden. Der Synthesebericht des gesamten Projektes „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ (Pfluger, Biedermann, Salis Gross 2009) wird demnächst erscheinen. Weitere Informationen unter [www.public-health-services.ch](http://www.public-health-services.ch)

Anregung für die Praxis: MediatorInnenarbeit in der HIV/Aids-Prävention bei MigrantInnen. Ein „Guide to Good Practice“, download unter [www.aids.ch](http://www.aids.ch)

Anmerkungen:

- (1) Bauer 2007: Umfrage bei Fachpersonen der transkulturellen Prävention
- (2) Pfluger, Biedermann, Salis Gross 2009: Synthesebericht „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz“
- (3) Projektleitende sind meist immer noch schweizerischer mittelständischer Herkunft. Jedoch auch Projektleitende mit Migrationshintergrund haben nicht automatisch Zugang zu den Migrantengemeinschaften.



Bild: incigo goat / flickr

## Kulturwechsel und Erkrankung

# Macht Auswanderung krank?

**Verschiedene Menschen haben unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit, insbesondere wenn sie aus verschiedenen Kulturkreisen stammen. Das macht die medizinische Betreuung von MigrantInnen anspruchsvoll.**

**W**enn auch nicht auf den ersten Blick ersichtlich, so haben Kultur und Gesundheitspflege doch vieles gemeinsam: Beide repräsentieren Teile von miteinander verwobenen sozialen Realitäten. Menschen, die verschiedenen Kultur-

kreisen angehören, haben auch entsprechend unterschiedliche inhaltliche Vorstellungen, Erwartungen und praktische Bezüge zu Gesundheit und Krankheit, ebenso wie zu verschiedenen Behandlungsmethoden. Individuen aus unterschiedlichen Herkunftskulturen zeigen im Krankheitsfall oftmals abweichende Verhaltensweisen, die in der Tradition ihrer Sozialisationskultur fassen. Ohne Berücksichtigung dieser Unterschiede bei der medizinischen Behandlung, insbesondere bei chronischen und/oder psychosomatischen Leiden, ist denn auch kaum eine dauerhafte Genesung zu erzielen.

„Fremde“ in der Schweiz entstammen vielfach anderen Medizinkulturen. Entsprechend prallen bei Krankheitsfäl-

len und ärztlichen Interventionen verschiedene Welten aufeinander. Es gibt keine Rezeptsammlung für den Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen. Doch die Beziehungen, die im Zentrum einer jeden medizinischen Interaktion zwischen Patient, Patientin und Fachperson stehen, können bewusst und unter der Berücksichtigung der bekannten Aspekte gestaltet werden. Die Sensibilisierung hinsichtlich möglicher Verschiedenheiten und Konfliktzonen in der Beratung und Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund kann ein erster Schritt sein. Der zweite ist es dann, nicht nur die Unterschiede und Eigenarten des Anderen zu erfassen, sondern ebenso die Gemeinsamkeiten zu suchen. Ein möglichst gegenseitiges, kulturelles Bezugswissen und die Berücksichtigung der in-

Letztlich gilt es die a Bedeutungsstrukturen einer sich in ständiger Bewegung befindlichen Realität heraus zu arbeiten mit dem Ziel, das menschliche Sozialleben zu verstehen. Zudem ist Kultur öffentlich und Bestandteil des gesellschaftlichen Diskurses, der sowohl auf der Strasse, auf dem Markt wie auch in Institutionen stattfindet. Schliesslich ist Kultur auch *„deshalb öffentlich, weil Bedeutung etwas Öffentliches ist“* (Geertz 1987:18).

Wir gehen also von einem **semiotischen Kulturkonzept** aus, das wir als komplexes Zeichensystem erkennen, anhand dessen wir den gesellschaftlichen Austausch, die Speicherung und Verarbeitung von Informationen untersuchen und interpretieren können. Kulturen sind intersubjektive Symbolsysteme,

stellen. Je nach dem biographischen Werdegang und der aktuellen Lebenswelt eines Individuums, können bedeutungsvolle Werte aber unterschiedlich definiert werden. So betrachtet kann „Kultur“ keinesfalls als abschliessende Begründung, weder bei der Diagnostik noch in der therapeutischen Beziehungsgestaltung, dienen.

### Medizinethnologische und transkulturelle Konzepte

In den 80er Jahren wurde als Novum von den kulturspezifischen Krankheitsklassifikationen und -konzepten gesprochen, Gesellschaft wurde kulturspezifisch wahrgenommen. Danach folgte die multikulturelle und interkulturelle Sichtweise, teilweise auch eine hierarchisch-politische Schichtung, die Thematisierung einer Leit- oder Kernkultur sowie von Subkulturen. Unterdessen, im 21. Jahrhundert heisst der aktuelle, politisch korrekte Begriff „Transkulturalität“ oder auch *„Diversity Management“*. Die Gesellschaft entwickelte sich hin zu einer steigenden Heterogenität, keine soziale Schicht ist mehr ohne so genannte Migranten - und das nicht nur in Europa sondern weltweit. „Globalisierung“ ist ein anderer, sehr ambivalent besetzter Begriff, der in diesen Zusammenhang gehört: Kaum noch eine/einer, der an seinem Geburtsort sein ganzes Leben verbringt. Transkulturalität ist damit zum Alltag geworden (1).

Zentral im Raum steht jedoch immer noch die Frage: **Wie hängt die Wahrnehmung von der Wirklichkeit, das Denken und der äussere Ausdruck der inneren Empfindungen zusammen?** Prallen in Form zweier Menschen unterschiedlicher Herkunft zwei verschiedene kulturelle Systeme aufeinander, so können Kommunikationsschwierigkeiten auftreten, im Krankheitsfall zwischen Fachperson und Patient/in. Diese sind meistens umso grösser, je entfernter und unterschiedlicher die Herkunftskulturen der betreffenden Personen sind. Wirksam sind aber auch andere verbindende oder trennende Faktoren wie Bildungsstand, gemeinsame Sprachkenntnisse, die Art des Problems, das Geschlecht der Beteiligten, aktuelle Lebenssituation und dergleichen mehr. Da wir vielschich-



**Die Gesellschaft entwickelte sich hin zu einer steigenden Heterogenität, keine soziale Schicht ist mehr ohne so genannte Migranten - und das nicht nur in Europa sondern weltweit.**

dividuellen Lebenswelten der Patienten können eine für beide Seiten positive Interaktion ermöglichen.

### Der Kulturbegriff

Die Untersuchung von «Kultur» ist keine experimentelle Wissenschaft, die nach Gesetzen sucht, sondern eine interpretierende, die nach Bedeutung sucht. Der Ethnologe Clifford Geertz (1987) stützt sich bei dieser Aussage auf den Soziologen Max Weber (1864-1920), der den Menschen als ein Wesen sah, das in selbst gesponnenem Bedeutungsgewebe verstrickt ist, wobei er Kultur mit eben diesem Gewebe gleichsetzte.

Den „Untersuchungs-Gegenstand“, nämlich soziokulturelle Gemeinschaften, nennt Geertz „eine geschichtete Hierarchie bedeutungsvoller Strukturen“, die es zu erfassen und zu analysieren gilt.

die die Realitäten und die Lebensprozesse kultureller Gemeinschaften strukturieren. Wir können auch von Kulturmustern reden, nach denen Menschen ihr Leben ausrichten, und die sie wiederum selbst zur Anwendung bringen und so das öffentliche Verhalten prägen. Im konkreten Fall können wir ebenso von der Lebenswelt eines Individuums reden. Lebenswelt bezeichnet den Bereich des selbstverständlichen, alltäglichen Wissens sowie der zwischenmenschlichen Erfahrungswelt und aller zugehörigen Primärerfahrungen, einschliesslich des Phänomens „Krankheit“.

Kultur ist also kein Pauschalwertesystem sondern eine kollektive, stetem Wandel unterworfenene, verbindende Wirklichkeit, deren Bedeutungsgehalte immer wieder neu definiert und ausgehandelt werden (müssen). Ein geteilter kultureller Hintergrund (Herkunft) kann eine gemeinsame Verständnis-Basis dar-



Bild: angeloux | flickr

tig kommunizieren, ist auch nicht die Sprache (oder deren Unkenntnis) allein für Kommunikations- und Interaktionsprobleme verantwortlich zu machen. Die Sprache an sich ist nur ein Symbolträger für Zeichen und deren Bedeutungen, die weit unter der verbalen Oberfläche liegen.

Gerade in der Psychiatrie und Psychosomatik, wo die Grenzen des Körperlichen überschritten werden und mit der Psyche als auch mit den unsichtbaren Schnittstellen von „Körper und Seele“ gearbeitet wird und erkannt ist, dass der Mensch mehr als nur ein Körper ist, der sich mit einer mechanischen War-

tung seiner inneren und äusseren Einzelteile zufrieden gibt. Neben der Physis übt die Psyche oder auch das „Bewusstsein“ einen nicht zu unterschätzenden Einfluss aus. Mit Christian Morgenstern gesprochen, können wir auch sagen: „Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare“.

Im Fall einer Migration wird also nicht nur das gewohnte Lebensumfeld verlassen, sondern auch das bekannte und vertraute Medizinsystem. Wenn wir von verschiedenen medizinischen Systemen sprechen, so geht diese Klassifizierung auf Arthur Kleinmann (1981), einen amerikanischen Psychiater, zurück, der

den Begriff einführte und seine Ähnlichkeit mit anderen, soziokulturellen Funktionskreisen erkannte. Des Weiteren erkannte er, dass Beziehungen im Zentrum aller Gesundheitsbestrebungen stehen und auch unser medizinisches System letztlich nur ein konzipiertes, funktionsfähiges Modell und nicht eine unumstößliche Wesenheit ist. In Beziehungen aller Art hingegen wurde ein zentrales Muster erkannt, das zusammen mit der Wahrnehmung die Lebenswelt des Einzelnen weitgehend bestimmt. Erkrankungen und der Umgang mit ihnen, die davon ausgelösten Prozesse und die mit Erkrankung verbundenen Institutionen sind alle miteinander verbunden, auf welche Art auch immer - und Kultur ist jeweils ein impliziter Teil dieser Realität. Auf der Patientenebene äussert sich das in bestimmten Vorstellungen und Erwartungshaltungen, mit denen Fachpersonen konfrontiert werden und umgekehrt. Es entstehen Konfliktzonen wie sprachliche Kommunikationsbarrieren, fehlendes aktives Partizipieren an der Behandlung oder schlicht ein (gegenseitiges) Unverständnis.

### Migration oder: Macht Auswanderung krank?

Vor diesem Hintergrund, gewinnt die Titelfrage einen vertieften Sinngehalt. Bei einer Migration, insbesondere bei einer unfreiwilligen, erfährt das Individuum in der Regel: Existenzverunsicherungen, Trennungen mit Verlust emotionaler Bindungen und sozialer Netze, ev. Bedrohungen, trifft auf unbekannte soziale Realitäten und Kulturmuster usw. Hinzu kommt, dass dieses Erleben chronologisch nicht gestaffelt, sondern oft synchron geschieht, d.h. alles gleichzeitig einbricht und kumuliert zu einer enormen psychischen Belastung wird. Der Migrations- und Integrationsprozess kann, je nach erlebten Belastungen, kürzer sein oder auch jahrelang andauern, ev. auch nie zum Abschluss kommen. Kommt ein unsicherer Aufenthaltsstatus und damit die Ungewissheit bezüglich der näheren Zukunft hinzu, so sind oft Ängste, Depressionen oder auch paranoide Reaktionen die Folge der als Stressoren wirkenden, ungünstigen Lebensumstände. Kumulieren sich diese Faktoren, so er-

höht sich die Vulnerabilität und psychische und psychosomatische Störungen können resultieren. Soziale Problemlagen und persönliche Ressourcen haben einen grossen Einfluss auf die psychische, emotionale und physische Gesundheit - und das nicht nur bei Personen mit Migrationshintergrund. Bei letzteren kann z.B. eine Migrationsanamnese Sinn machen und notwendige Erklärungen liefern.

### Alltagspraxis und transkulturelle Kompetenz

Die Forderung nach Chancengleichheit im Gesundheitssystem (BAG) birgt nicht zuletzt ein ökonomisches Interesse in sich: Fühlen sich ausländische Patienten missverstanden oder „schlecht behandelt“ resultiert häufig ein „Ärzte-Nomadismus“ oder „Ärzte-(s)hopping“, das in der Regel weder den Patienten nachhaltig hilft noch der Finanzsituation im Gesundheitswesen gut tut. So gehört es z.B. zu kulturspezifischen Erfahrungshorizonten intrafamiliäre Konflikte indirekt durch Krankheiten zu thematisieren: Die Somatisierung psychischen Leidens ist sehr häufig. Ein weiterer Themenkreis ist die Sozialisation: Vielfach steht unser Individualismus einer kollektiv orientierten Sozialisation gegenüber, die einschliesst, dass über persönliche Gefühle nicht gesprochen wird.

Aus all diesen Gründen ist es notwendig, in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund einen möglichst ganzheitlichen oder bio-psycho-sozialen und in der Begegnung selbst wertfreien Ansatz zu praktizieren. Gegebenenfalls braucht es Kenntnisse der Herkunftskultur oder Dolmetscher-/Mediatorendienste für erfolgreiche Therapeuten-Patienten-Interaktionen. Mit steigender Teilnehmeranzahl im therapeutischen Setting steigt auch der Zeitaufwand. Ein transkulturell versierter Therapeut/in muss die Bereitschaft haben, sich auf die ev. fremden Lebenswelten einzulassen, den Versuch einer Perspektivübernahme einzugehen und die Bereitschaft zur Empathie mitbringen. Nur so kann ein transkulturell erfolgreiches therapeutisches Setting initiiert werden. Der Aspekt der Gegenseitigkeit, des Integrationsleitgedankens

„fördern und fordern“ ist im Laufe der Behandlung zu thematisieren.

**Transkulturelle Kompetenz (2)** beinhaltet im Wesentlichen die Fähigkeit, anderen Menschen in ihrer individuellen Lebens- und Gesundheitssituation vorurteilsfrei begegnen zu können. Sie ist im Gesundheitswesen von grosser Wichtigkeit, denn unreflektierte Verallgemeinerungen und Vorurteile verhindern den Blick auf die tatsächlichen Probleme von Patienten und damit auch eine angemessene Behandlung. (Medizin-)Ethnologische Konzepte liefern Hintergrundwissen und Erklärungen, sollen im klinischen Alltag vermitteln helfen durch:

Erweitern der Perspektive und damit des Verständnisses von Fachpersonen, kulturspezifisches Wissen über Wahrnehmung, Klassifikation und Beurteilung von Krankheit und Gesundheit,

Benennen der Differenz bezüglich der Körperbilder und Seelenvorstellungen, aber auch dem Suchen nach Verbindendem, Gemeinsamen.

Ein unterdessen gut erprobtes Praxismodell ist das „Erklärende“ nach Kleinmann. Dieses dient dazu, Dingen, die äusserlich betrachtet keinen Sinn machen, einen solchen aus dem inneren Verständnis heraus zu geben. Um dieses Verständnis zu erlangen, können zur Exploration exemplarisch die nachfolgenden Fragen gestellt werden:

- Wie nennen Sie das Problem? Welchen Namen hat es?
- Was denken Sie hat das Problem, die Erkrankung verursacht?
- Warum denken Sie ist dieses Problem/ Erkrankung aufgetreten?
- Was macht die Erkrankung mit Ihnen?
- Wovor haben Sie Angst, was fürchten Sie am meisten?
- Wie sollte Ihrer Meinung nach das Problem, die Erkrankung behandelt werden?
- Wer sollte in Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden?

Diesen Fragen nachzugehen und das patienteneigene Erklärungsmodell zu entwickeln funktioniert am besten im Kontext einer vertrauensvollen Beziehung. Ein respektvoller Umgang mit den Patienten kann z.B. in der Einstiegsfrage „Ich weiss, verschiedene

Menschen haben unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit ... bitte helfen Sie uns, Ihre Sicht der Dinge zu verstehen“ zum Ausdruck gebracht werden - aber das dürfte ja bekannt sein.

LENKA SVEJDA-HIRSCH,

lic.phil., MAS, Sozialwissenschaftlerin Externe Psychiatrische Dienste Baselland (EPD)

Leitung EPD: Dr. med. Alexander Zimmer, Chefarzt

Anmerkungen:

(1) In engagierten Kreisen wurde bereits 1994 von der „transkulturellen Sozialarbeit“ gesprochen (Steiner-Khamsi 1994).

(2) Siehe SRK-Website: [www.transkulturellekompetenz.ch](http://www.transkulturellekompetenz.ch)

Für alle Interessierten und zur Vertiefung des Themas findet im September 2009 in Zürich der 3. internationale, interdisziplinäre Kongress zur Transkulturellen Psychiatrie statt. Details siehe [www.transkulturellepsychiatrie.ch/home\\_Ch.html](http://www.transkulturellepsychiatrie.ch/home_Ch.html).

### Literatur

- Bundesamt für Gesundheit (BAG; Hrsg.), 2007: Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013), Bern : BAG / EDI.
- Geertz, Clifford, 1987: Dichte Beschreibung : Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gilgen, D. [et al.], 2003: Klinische cultural epidemiology von Gesundheitsproblemen ambulant behandelte Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und aus Bosnien, in: Wicker, H.-R. [et al.] (Hrsg.): Migration und die Schweiz, S. 507-530, Zürich : Seismo.
- Hegemann, Th. & Salman, R. (Hrsg.), 2001: Transkulturelle Psychiatrie : Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, 2. Aufl., Bonn : Psychiatrie-Verlag.
- Kläui, Heinrich, 2004: „Es geht mir nicht besser ...“ - Einige Überlegungen zu Migration, Trauma und Gesundheitswesen, in: Departement Migration SRK, Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen, S. 181-197, Zürich : Seismo.
- Kleinmann, Arthur, 1981: Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry, Berkeley : Univ. of California Press.
- Lux, Thomas (Hrsg.), 1999: Krankheit als semantisches Netzwerk: Ein Modell zur Analyse der Kulturabhängigkeit von Krankheit, Berlin : VVB.
- Schär Sall, Heidi, 2007: Transkulturelle Kompetenz: Das Fremde anerkennen und willkommen heissen, in: Pro mente sana aktuell : Migration - Seele in der Fremde, S. 19-20, Zürich : Pro Mente Sana.
- Sich, D. [et al.] (Hrsg.), 1993 Medizin und Kultur: eine Propädeutik für Studierende der Medizin und Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA), Bern : Lang.
- Steiner-Khamsi, G. 1994: Engagement und Professionalität in der interkulturellen Arbeit, in: Sozialarbeit, Nr. 4, S. 19-22, Bern : SBS.
- Svejda-Hirsch, Lenka, 1996: Migration und Erkrankung: Medizinethnologische Sichtweise von Gesundheitsproblemen als Hilfe bei der Betreuung und Beratung von MigrantInnen, in: Einwanderung und Fluch: Überleben-Leben-Zusammenleben, Handlungsmöglichkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen, S. 78-89, Basel : SGGG.