

Menschen mit Migrationshintergrund in der Arztpraxis



Sylvia Müller (MAS)

arbeitet seit 20 Jahren als Übersetzerin und Redaktorin in Gesundheits- und Integrationsförderung sowie als Sozialberaterin und Case Managerin, Lehrbeauftragte und Supervisorin im Gesundheits- und Sozialwesen.
www.sm-communications.ch

Was beschäftigt medizinische Praxisassistentinnen im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund? Worauf können sie achten, welche Haltungen sind hilfreich, welche eher hinderlich?

Im folgenden Artikel versuche ich, die Komplexität kultureller Vielfalt in der Arztpraxis zu durchleuchten. Wie Sie als medizinische Praxisassistentin sicher schon oft erfahren haben, gibt es keineswegs «den typischen Migranten», die «typische Migrantin» oder gar «die typische Migrantenfamilie». Viel eher sehen Sie sich im Praxisalltag mit immer wieder neuen Herausforderungen und Besonderheiten konfrontiert. Dennoch lassen sich bei der medizinischen Grundversorgung der Migrationsbevölkerung Gemeinsamkeiten erkennen, und es kann für Sie hilfreich sein, gewisse Situationen und Verhaltensweisen näher zu betrachten und mögliche Ursachen und Hintergründe besser zu kennen.

Wenn wir von problematischen Begegnungen in der Arztpraxis mit der Migrationsbevölkerung sprechen, beziehen wir uns in der Regel nicht auf die Familie des gut situierten Akademikers aus den USA oder Skandinavien, der von seiner Firma für einige Jahre in die Schweiz versetzt wurde und dessen Kinder sich in der internationalen Schule auf die Matur vorbereiten. Viel eher meinen wir damit jene Angehörigen der Migrationsbevölkerung, die finanziell und bildungsmässig eher schlecht gestellt und wenig sprachkundig sind, aus familienorientierten Kulturen stammen, Angehörige in die Konsultation mit einbeziehen, manchmal fordernd und klagend auftreten, und bei denen es geschlechtsspezifische Besonderheiten zu beachten gilt. Der folgende Beitrag soll Ihnen helfen, diese Besonderheiten auf dem Hintergrund kultureller Prägungen besser zu verstehen und damit eine vertrauensbildende Haltung zu fördern, die letztlich allen Beteiligten zu Gute kommt. Denn: Es kann Sie konkret entlasten, wenn Sie wissen, dass das eine oder andere Verhalten völlig «normal» ist und wie Sie besser damit umgehen kön-

nen. Zugleich bietet Ihnen der Artikel auch praktische Anregungen für die Förderung des Integrationsprozesses der Betroffenen.

Schauen wir uns zunächst die typischen Probleme an, mit denen Sie in der Praxis möglicherweise konfrontiert werden:

Typische Probleme

Problem Nr. 1: Gesundheitliche Grundausstattung

Wenig integrierte Patientinnen und Patienten sind in der Regel sprachunkundig und haben damit von vornherein schlechtere Zugangschancen zur medizinischen Grundversorgung. Sie sind somit generell in einer ungünstigeren gesundheitlichen Verfassung als die Durchschnittsbevölkerung. Vor allem die Älteren sind davon betroffen, denn ein grosser Teil der Präventionsarbeit wird bei uns an den Schulen geleistet. Dass vielfältiges Informationsmaterial heute auch in «exotischen Sprachen» abgedruckt und in Arztpraxen aufgelegt wird, ist zwar fortschrittlich, hat aber nur beschränkt Einfluss auf den Zugang zu Aufklärung und Information. Denn oftmals sind vor allem Frauen, die erst als Erwachsene in die Schweiz gekommen sind, Analphabetinnen oder haben nur wenige Schuljahre absolviert. In ihrer Heimat wird Wissen über Gesundheit und Vorsorge mündlich und vor allem von Frau zu Frau überliefert.

Ein weiterer Grund für die schlechtere gesundheitliche Verfassung liegt in ihren Lebens- und Arbeitsbedingungen begründet. Viele Migranten und Migrantinnen kommen in die Schweiz um zu arbeiten. Sie stürzen sich geradezu in die Arbeit, weil sie andere soziale Rollen – z.B. die des Cousins, Nachbars, Onkels, Fussballclubmitgliedes, Freundes – ohne ihre angestammte Gemeinschaft und ohne Sprachkenntnisse hier nicht leben können. Manchmal arbeiten beide Ehepartner in Industriebetrieben mit Schichtarbeit, sind dort hoher Lärm- und Schadstoffbelastung ausgesetzt, haben unregelmässige Schlaf-Wachrhythmen und weder Zeit noch Geld zum Regenerieren. Die Frauen sind so oft der Doppelbelastung als Mutter und Arbeitnehmerin ausgesetzt, denn eine Fremdbetreuung kann sich die Familie nicht leisten, und ein Lohn allein reicht nicht aus, um die Familie zu versorgen. Mit ihren mangelhaften Qualifikationen und Sprachkenntnissen verrichten sie vor allem einfache, repetitive Arbeiten (z.B. am Fliessband) mit den immer wieder gleichen Bewe-



gungen und starren Haltungen, die nach einigen Jahrzehnten und mit zunehmendem Alter zwangsläufig zu Beschwerden am Bewegungsapparat führen. Die Männer sind oft in Bereichen tätig, in denen körperliche Schwerarbeit und eine erhöhte Unfallgefahr zu Verschleisskrankheiten und verminderten Heilungschancen führen.

Die meisten dieser «Wanderarbeiter» kommen in die Schweiz, um ihre Familien in ihrer ursprünglichen Heimat zu unterstützen, und oft wurde ihnen die Reise hierher von ihren Angehörigen nach langem Sparen erst ermöglicht. Sie stehen damit in ihrer Schuld und unter dem Druck, ihre Ursprungsfamilie in der Heimat punktuell oder regelmässig finanziell zu unterstützen. Wenn sie um die vierzig sind und ihre Eltern im Herkunftsland alt und krank werden, verfügen diese natürlich nicht über den in der Schweiz üblichen Versorgungsstandard. Die Nachkommen in der Schweiz fühlen sich nun aber moralisch verpflichtet, ihren Eltern den Aufenthalt im Pflegeheim oder eine private Betreuung zu finanzieren, denn immerhin leben sie in einem «reichen» Land. Oft haben sie auch Schuldgefühle, weil sie sich auf diese Entfernung nicht selber um die Eltern kümmern können und es hier doch gut haben. Sie sparen jeden Franken für den nächsten Flug, der – Nota bene – das Vielfache der billigen Charterflüge zu beliebten Feriendestinationen kostet. Weil sie ihr Geld für die Verwandtenunterstützung brauchen, leiden sie teilweise an Mangelernährung, leben in billigem, schlecht isoliertem Wohnraum, meist in engen, überbelegten Wohnverhältnissen an lärm- und abgasbelasteten Wohnlagen und sind damit zusätzlichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt.

In manchen Kulturen wird Heilen mit schamanistischen Praktiken in Verbindung gebracht. Angehörige dieser Kulturen mögen unserem Gesundheitssystem misstrauisch begegnen und es nur im Notfall nutzen, was ebenfalls einer Unterversorgung Vorschub leistet. Zu beachten gilt auch, dass manche Religionen es den Frauen untersagen, sich von einem Mann untersuchen zu lassen. Die Scham und Angst, gegen solche Vorschriften zu verstossen, ist tief verwurzelt, und es hilft uns wenig, wenn wir die Betroffenen überzeugen wollen, anders zu empfinden.

Problem Nummer 2: Verwandtenunterstützungspflicht

Viele Migrantenfamilien stammen aus sippen- und familienorientierten Kulturen, die Wert legen auf eine klare Rollenzuweisung. Jedes Familienmitglied weiss genau, welche Rolle ihm zusteht und ist den anderen zu Treue und Beistand verpflichtet. Dies kann, wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, zu finanziellen Belastungen und Unterversorgung führen, wenn die Einwanderer ihre Ursprungsfamilie im Herkunftsland über viele Jahre unterstützen und hier auf dem Existenzminimum leben.

Eine ähnliche Problematik tritt aber auch auf, wenn die gesamte Grossfamilie hier lebt, sich aber nach traditionellen Werten gegenseitig versorgt. So kommt es etwa vor, dass Kinder ihre hier lebenden Eltern jahrelang finanziell unterstützen und sich verschulden, obwohl diese einen rechtlichen Anspruch auf staatliche Leistungen hätten. Noch öfter führt die Unterstützungspflicht zu einer gesamthaften Belastungssituation für die vermeintlich «gesünderen», «stärkeren oder «jüngeren» Mitglieder des

Clans. Ob ein Vater im terminalen Krebsstadium meint, er müsse seinen arbeitslosen Sohn noch Jahre unterstützen, obwohl er längst volljährig ist und Anspruch auf Beiträge der Arbeitslosenversicherung oder der IV hätte, ob eine 25-jährige Tochter neben ihrem Vollzeitjob noch den hirnerkrankten Vater mit dem Auto in die Ergo-, Logo-, Physio-, Psychotherapie, zum Hausarzt und zur Verlaufskontrolle in die nächst gelegene Spezialklinik fährt und dort als Dolmetscherin wirkt, ob die junge Mutter den Job verliert, weil sie am Arbeitsplatz zu oft private Telefongespräche führt, um für die kranke Schwiegermutter Hilfe zu finden... Sie alle sind überfordert mit ihrer Doppel- und Mehrfachbelastung. Oftmals müssen sie diese Aufgaben hier alleine bewältigen, während sie in ihrer Herkunftskultur auf viele Familienmitglieder aufgeteilt würden, die nicht erwerbstätig sind, sondern im Familienverband leben. Wiederum trifft es vor allem jüngere Frauen, die hier gut integriert und erwerbstätig sind und sich zugleich den traditionellen Erwartungen der Sippe verpflichtet fühlen.

Betreuenden Angehörigen fällt zumeist grosse Macht zu, so dass Therapieempfehlungen von den Kranken nur akzeptiert werden, wenn die Angehörigen in den Entscheidungsprozess eingebunden wurden.

Meist sind es also die Jungen und die Frauen, die unter der Anspruchshaltung der älteren Generation leiden. Jene wurden in einer Kultur sozialisiert, in der das Alter einen hohen Stellenwert hat und Respekt verdient. In diesen Kulturen ist es üblich, dass sich die Angehörigen um sie sorgen, und nicht der Staat. Ein Blick über die Grenze zeigt: Bereits in Norditalien übernehmen die Verwandten pflegerische Leistungen (Betten machen, Körperpflege, Essen reichen etc.) für ihre hospitalisierten Angehörigen, während das medizinische Fachpersonal lediglich für medizinische Verrichtungen zuständig ist. Den betreuenden Angehörigen fällt damit auch grosse Macht zu, so dass Therapieempfehlungen nur dann von den Kranken akzeptiert werden, wenn die Angehörigen in den Entscheidungsprozess eingebunden wurden. Die sicher legitime und aus mitteleuropäischer Sicht verständliche Forderung, die Angehörigen zu entlasten und professionelle Fachkräfte – Dolmetscher, Pflegepersonen etc. – beizuziehen, stösst damit oft auf heftige Abwehr bei den Kranken selbst

und bei den Verwandten. Denn sogar, wenn diese mit den vielen Aufgaben überfordert sind, geraten sie in einen Gewissens- und Loyalitätskonflikt, sobald sie sich zurückziehen. Sie sind hin und her gerissen zwischen Gefühlen tiefer, zärtlich-respektvoller Zuneigung und Sorge einerseits und andererseits dem Groll auf die Älteren und ihre als Zumutung erlebten Erwartungen, die sie daran hindern, den Anforderungen einer individualistisch geprägten Leistungsgesellschaft zu entsprechen.

In der medizinischen und psychosozialen Versorgung kommt dem Verständnis dieser Dynamik besondere Bedeutung zu. Sie hilft uns, mögliche innere Konflikte der helfenden Angehörigen zu erkennen, die vielfältigen Erwartungen (auch an sich selber) erst einmal ernst zu nehmen und respektvoll mit ihren Traditionen umzugehen, ohne den Betroffenen eine neue Sichtweise aufdrängen zu wollen. Diese respektvolle, neugierige und zugleich verständnisvoll-akzeptierende Haltung schafft Raum für beide Positionen und ermöglicht es den betroffenen Familien, sich allmählich für andere Sichtweisen zu öffnen, ohne in die Defensive gehen und sich an tradierten Werten festklammern zu müssen, weil andernfalls ein Identitätsverlust droht.

Der **medizinischen Praxisassistentin** kommt hierbei eine **Schlüsselrolle** zu, denn sie lernt die Kranken meist in Begleitung ihrer Verwandten kennen. In der Hausarztpraxis kennt sie häufig sogar die ganze Familie und kann sich in etwa denken, wem welche Rolle zufällt und welche Belastung damit verbunden ist. Sie kann die Betroffenen ermutigen, Patientenorganisationen (Krebs-, Lungen-, Rheumaliga, Diabetesgesellschaft, Pro Infirmis etc.) aufzusuchen, die sie bei sozialen, versicherungstechnischen und rechtlichen Fragestellungen, der Krankheitsbewältigung und dem Beizug geeigneter Fachpersonen wirksam unterstützen und so eine Vermittlerrolle zwischen dem oft stark abgeschirmten innerfamiliären und dem öffentlichen Raum wahrnehmen können. Diese Organisationen bieten umfassende Dienstleistungen an, bei vielen arbeiten auch mehrsprachige Beraterinnen, die entweder die Sprache der Ratsuchenden oder eine gemeinsame Sprache (z.B. Italienisch) beherrschen oder Dolmetscherinnen beziehen können.

Problem Nummer 3: Schmerzverarbeitung und Krankheitsverständnis

Fremdkulturelle Patienten und Patientinnen tendieren erfahrungsgemäss zur So-

matisierung oder zu einer problematischen Schmerzverarbeitung. Erklärungen gibt es viele dafür:

- **Somatoforme Schmerzstörungen oder Schmerzverarbeitungsstörungen** treten häufig als Folge einer unverarbeiteten **post-traumatischen Belastungsstörung** auf. Gerade Menschen aus Krisengebieten sind besonders häufig davon betroffen (kriegerische Auseinandersetzungen, Naturkatastrophen, Seuchen, Hungersnöte, politische Verfolgung etc.)
- **Migrationsbedingte Belastung:** Die Betroffenen sind über Jahrzehnte zu verstärkten Anpassungsleistungen an eine sich rasch verändernde Umwelt gezwungen. Sie haben keine Kenntnis von po-

litischem und öffentlichem System, es fehlt ihnen an Alltagswissen und Orientierung, einfachste Handlungen, wie z.B. das Bedienen eines Billetautomaten, können zum Problem werden. Der Dauerstress führt zu einer verminderten Belastbarkeit (Resilienz). **Chronische Erschöpfung mit einer endokrinen Deregulierung** (typischerweise einem Serotoninmangel) tragen ihrerseits zur Entstehung von Schmerzsyndromen bei. Migrantinnen leiden z.B. überdurchschnittlich häufig an Fibromyalgie.

- **Reizarme Umgebung:** Auch bei leichteren Gebrechen sind manuelle und körperlich anspruchsvolle Tätigkeiten sowie das sichere Bedienen von Maschinen

Nix verstehen

MPA und Migrantinnen in der Arztpraxis.

Menschen mit Migrationshintergrund gehören als Patientinnen/Patienten und als Mitarbeitende zum Praxisalltag. Verständigungsprobleme stellen dabei für die MPA häufig eine grosse Hürde dar. Nicht nur sprachliche Schwierigkeiten können zu einer angespannten Situation führen, auch das andere Krankheitsverständnis dieser Menschen, konfrontiert die MPA mit ganz bestimmten Rollenerwartungen. Der Beziehungsaufbau wird zusätzlich erschwert durch Ängste, Befürchtungen oder Misstrauen von Seiten der Patientinnen und Patienten, die in biographischen Erfahrungen wurzeln. Auch die MPA ist von ihren eigenen Erfahrungen wie auch mit Unsicherheit im Umgang mit Migrantinnen und Migranten geprägt. Das neue SVA-Tagesseminar nimmt sich dieser speziellen Situation an. Zwei kompetente, erfahrene Referentinnen, Anke Kayser und Natalie Zumbrunn-Loosli, vermitteln Hintergrundwissen, diskutieren praktische Beispiele aus dem Alltag und laden zur Selbstreflexion ein.

Ziele:

- Sie vertiefen Ihr grundsätzliches Fachwissen zu Kommunikation und Interaktion.
- Sie kennen praxisrelevante Adressen zur interdisziplinären Vernetzung.
- Sie setzen sich mit dem Begriff Kultur auseinander und können Schlüsse für den Beziehungsaufbau in der Zusammenarbeit mit Migrantinnen und Migranten ziehen.
- Sie erkennen Möglichkeiten zur Umsetzung der transkulturellen Kompetenz in die Praxis.

Im interaktiven Tagesseminar werden folgende Themen bearbeitet:

- Die Auseinandersetzung mit Kultur
- Transkulturelle Kompetenz: Selbstreflexion, Perspektivenwechsel, Hintergrundwissen
- Beziehungsaufbau im transkulturellen Kontext so klappts
- Kommunikation im transkulturellen Kontext

Kurskosten:

Fr. 120.– für SVA-Mitglieder
Fr. 170.– für Nichtmitglieder

Anmeldung:

SVA Zentralsekretariat
Telefon: 031 380 54 54
e-Mail: sekretariat@sva.ch

Sponsor:

Zur Rose AG, Frauenfeld

Do, 25. März 2010 in Olten
Do, 7. Oktober 2010 in Basel



nicht mehr möglich. Eine unfall- oder krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit führt aber bei Menschen, die der Arbeit wegen in die Schweiz gekommen sind, unweigerlich in die **soziale Isolation**. Sie sitzen nur noch zu Hause, trauen sich immer weniger zu, haben kaum Kontakte, werden depressiv und ängstlich und richten ihre ganze Aufmerksamkeit auf ihre körperlichen Symptome, die sie zunehmend überbewerten. Damit tragen sie ungewollt zur Entstehung von komplizierten und chronischen Verläufen bei (z.B. Morbus Sudeck).

- **Kulturell geprägte Erwartungshaltung:** In den Migrationsländern ist die Lebenserwartung kürzer als bei uns, und die Älteren arbeiten meist nur so lange, wie sie körperlich mögen und bis die Jungen für den Familienunterhalt sorgen. Sogar in unseren Nachbarländern ist eine Pensionierung ab Mitte 50 möglich. In Frankreich etwa können die Angestellten des öffentlichen Dienstes bei genügend Dienstjahren mit 57,5 Jahren in Rente gehen. Die Praxis in der Heimat führt bei zugewanderten Arbeitskräften, die hier lebenslang körperlich harte Arbeit verrichtet und ausser ihrer Körperkraft nichts anzubieten haben, zu einer von uns oft als fordernd oder passiv erlebten Erwartungshaltung. Gerade jene **Männer, die sich im Beruf über ihre Körperkraft definieren, geraten häufig in eine depressive Verstimmung**, wenn der Körper nicht mehr das zu leisten vermag, was von der Arbeitswelt erwartet wird.

Sie arbeiten lieber gar nicht mehr, als dass sie die «Schmach» erdulden, eine körperlich minderwertige Tätigkeit zu verrichten. Auch hier führt die psychische Belastung – die Vorstellung der eigenen Degradierung und Wertlosigkeit, die soziale Isolation, das Fehlen einer ablenkenden Tagesstruktur, die Sinnlosigkeit des Verbleibs in der Schweiz – meist in die **Depression**, die wiederum einer problematischen Schmerzverarbeitung Vorschub leistet.

- **Lebensgeschichtlich geprägte Erwartungshaltung:** Manche Betroffene erheben den Anspruch, für die Entbehrungen während vieler Jahre harter körperlicher Arbeit und den Verzicht auf eine Balance zwischen Privat- und Erwerbsleben entschädigt zu werden. Dies mag sogar geschulte Fachleute irritieren. Denken wir aber genauer über ihre Biografie nach, fällt es uns leichter, auch mit dieser Anspruchshaltung nachsichtig umzugehen und den Betroffenen respektvoll aufzuzeigen, welche Möglichkeiten in unserem System realistischerweise bestehen.
- **Legitimationsdruck:** Wie wir gesehen haben, tendieren Menschen mit Migrationshintergrund eher zu einer problematischen Schmerzverarbeitung. Ihr **Leidensdruck** wird aber von medizinischen Fachpersonen oft nicht erkannt und **baggatellisiert**. Ein Teufelskreis beginnt: Die Betroffenen fühlen sich nicht ernst genommen und tendieren zur Aggravation, um ihre legitimen Ansprüche durchzusetzen

oder weil sie sich sprachlich zu wenig gut mitteilen können. Dies wiederum fördert die Chronifizierung der Beschwerden.

... und Lösungen

Ihre innere Grundhaltung spricht Bände – in jeder Sprache

Die Hausarztpraxis ist oft die erste Kontakt- und Anlaufstelle für komplexe soziale Probleme und damit eine entscheidende Schnittstelle zwischen Migrationsbevölkerung und Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens, die sich ihrer spezifischen Bedürfnisse annehmen können. Es ist deshalb wichtig, dass die medizinische Praxisassistentin diese Bedürfnisse erkennt und zugleich fähig ist, das Vertrauen dieser Patienten und Patientinnen zu gewinnen, damit sie sie den richtigen Fachstellen zuweisen und damit soziale Anliegen einer Lösung zuführen kann. Indirekt leistet sie so einen wesentlichen Beitrag zur Integration dieser Familien.

Als Grundhaltung wünschenswert wäre jene neugierige Offenheit, die wir etwa beim Reisen in einem fremden Land haben.

Bei der Begegnung mit den Betroffenen empfiehlt sich daher auch eine besondere Haltung. Hilfreich ist es, wenn die Praxisassistentin:

- das subjektive Leiden und den Leidensdruck der Betroffenen ernst nimmt, dies zum Ausdruck bringt und dabei trotzdem handlungsfähig bleibt,
- bedenkt, dass sich hinter somatischen Beschwerden oft soziale Probleme und

eine problematische Schmerzverarbeitung verbergen,

- das Prinzip der Verwandtenunterstützungspflicht respektiert und so eine Vertrauensbasis schafft, die eine längerfristige Kooperation erst möglich macht.

Als Grundhaltung wünschenswert wäre jene neugierige Offenheit, die wir etwa beim Reisen in einem fremden Land haben. Mit dieser Offenheit - vor allem aber auch Geduld und Toleranz uns selbst gegenüber, wenn wir nicht alles gleich verstehen - können wir einen wesentlichen Beitrag zur gegenseitigen Verständigung leisten. Im straff organisierten und lebhaften Praxisalltag, wo die Praxisassistentin als kompetente Allrounderin und zupackende Troubleshooterin, als Kontaktperson am Telefon und am Empfang, als Planerin und Managerin, als technische Fachfrau im Labor und im Röntgen am besten an allen Orten zugleich wäre, wird Unvorhergesehenes verständlicherweise als irritierend und störend empfunden. Versuchen Sie deshalb, in stressigen Situationen erst einmal inne zu halten und sich auf die speziellen Bedürfnisse Ihres Gegenübers zu besinnen. **Denn: 70% unserer Kommunikation verläuft non-verbal, also nicht sprachlich, sondern über Gestik, Mimik, Blicke, Körpersignale.** Sie werden sehen: Ihre positive innere Haltung lässt Sie Ihrem Gegenüber gelassener und verständnisvoller gegenüber treten. Die Verständigung wird damit auch ohne Sprachkenntnisse für beide Seiten viel leichter.

Sylvia Müller

ERFA-TAG

Absolventinnen des Weiterbildungsseminars «Betreuung von Langzeitpatienten – Modell Diabetes» treffen sich am

**Donnerstag, 18. März 2010
in Zürich**

zum Erfahrungsaustausch mit Fortbildung
zum Thema «Neue Medikamente»

Insulinsecretagoge, Insulinsensitizer, Kombinationspräparate, Glinide, Gliptine, Inkretin-Mimetika...

Wie wirken diese Medikamente? Wann werden sie eingesetzt? Worauf ist dabei zu achten? Antworten zu diesen und weiteren Fragen erhalten Sie am ERFA-Tag von Dr. med. Jörg Furrer.

Information und Anmeldung bei:

Beatrice Birnbaum

E-Mail: praxisarena@sva.ch

oder Telefon/Fax: 044 777 85 17