

Verständigung durch interkulturelle Vermittlung

Gesundheitsförderung erfordert Partizipation von MigrantInnen

Wenn Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung auch die Migrationsbevölkerung erreichen sollen, braucht es die Integration von Fachpersonen mit Migrationshintergrund. Dazu gehören auch interkulturelle VermittlerInnen. Obwohl die Tätigkeit der interkulturellen VermittlerInnen anspruchsvoll ist, wird sie von den Fachstellen der Prävention und Gesundheitsförderung immer noch wenig anerkannt.

Claudia Ammann,
Leiterin Fachstelle Gesundheit
und Integration, Caritas St. Gallen

Theres Bauer,
wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Fachstelle Gesundheit und Integration,
Caritas Schweiz

Was ist interkulturelles Vermitteln?

„Interkulturelle VermittlerInnen informieren adressatengerecht MigrantInnen und Fachpersonen öffentlicher Dienstleistungen über kulturelle Besonderheiten, die unterschiedlichen Regeln des Polit- und Sozialsystems oder über unterschiedliche gesellschaftliche Umgangsformen. Damit bauen sie Brücken zwischen MigrantInnen und Bildungs- oder Beratungseinrichtungen und sorgen dafür, dass möglichst keine Unklarheiten zwischen Arzt/Patient, Anwalt/Mandant, Lehrer/Eltern entstehen. Interkulturelle VermittlerInnen arbeiten im Team oder selbstständig, z.B. in der Organisation und Durchführung von Präventionsprojekten, Informationsveranstaltungen für MigrantInnen oder anderen Projekten im interkulturellen Bereich.“

Weitere Informationen unter
www.inter-pret.ch

Eine Umfrage bei Fachpersonen der transkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention (1) zeigt, dass erst durch die Partizipation der Migrationsbevölkerung auch sozial benachteiligte Gruppen der zugewanderten Bevölkerung mit gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten erreicht werden können. Neben der Vernetzung mit Organisationen, informellen Netzwerken und Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung wird bei der

transkulturellen Öffnung von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten vor allem die Integration von Fachpersonen mit Migrationshintergrund empfohlen(2). Dabei spielen die interkulturellen VermittlerInnen (ikV) eine besonders wichtige Rolle, wie dies erfolgreiche Projekte wie z.B. die Geburtsvorbereitungskurse für Migrantinnen, MigesBalù (transkulturelle Öffnung der Mütter- und Väterberatungsstellen), FemmesTische oder Afrimedia zeigen. Die ikV haben in diesen Projekten unterschiedliche Aufgaben, welche von „Personen aus der MigrantInnengemeinschaft für Kurse gewinnen“ bis „Präventionsangebote selber anbieten“ reichen können. Diesen Aufgaben gemeinsam ist jedoch die Brückenfunktion der interkulturellen Vermittlung. Die Praxis zeigt, dass nicht jede Form der Zusammenarbeit mit ikV erfolgreich ist. Aufgrund eines Gespräches mit Claudia Ammann, welche bei der Caritas St. Gallen über eine breite Erfahrung in der Arbeit mit ikV verfügt, werden im folgenden fünf Thesen abgeleitet und kommentiert. Sie zeigen aus der Perspektive einer Fachstelle auf, in welchem Spannungsfeld sich ikV und deren Projektleitende (3) bewegen und wie wichtig es wäre, die Arbeit der ikV aufzuwerten und ähnlich wie die interkulturellen ÜbersetzerInnen zu professionalisieren. Wenn ikV vermehrt als Fachpersonen anerkannt und in den Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung integriert werden, erfordert dies jedoch vor allem auch einen Bewusstseinswandel in den Institutionen und bei deren Geldgebern.

These 1: „Die interkulturellen VermittlerInnen stehen im Spannungsfeld zwischen den stark strukturierten und reglementierten Arbeitsweisen in den schweizerischen Institutionen und der informellen Arbeit in der eigenen Community.“

Wenn Projektleitende mit ikV zusammenarbeiten, zeigt sich oft ein Paradox. Sie erfahren dabei, dass diejenigen ikV, mit denen die Zusammenarbeit problemlos verläuft, nicht unbedingt jene sind, welche erfolgreich in ihrer Community arbeiten. Warum ist das so? Während die Institutionen Werte wie Pünktlichkeit, Termine und Vereinbarungen einhalten, professionelle Distanz, Sachorientierung (nur über das Präventionsthema sprechen), Verschwiegenheit, schriftliches Dokumentieren der Arbeit, bewusst oder unbewusst für die Präventionsarbeit als unverzichtbar betrachten, braucht es für die informelle Arbeit auch andere Qualitäten. Die ikV sind in ihrer Migrantengemeinschaft unterwegs. Sie vernetzen, trinken mit Bekannten Tee, besuchen Feste, sprechen Menschen derselben Muttersprache im Lebensmittelgeschäft oder auf dem Spielplatz an, organisieren im Vereinslokal Präventionskurse, usw. Von ikV wird einerseits erwartet, dass sie selber die Werte eines individualisierten Lebensstils mit der Trennung von öffentlich und privat vertreten, und andererseits lebt die informelle Arbeit der ikV von der Realität kollektiver Lebenswelten. Das ist im besten Fall ein Spannungsfeld, manchmal jedoch ein Widerspruch, der sowohl für ikV als auch für die Projektleitenden, die mit ihnen zusammenarbeiten, herausfordernd und oft belastend ist.

So berichtet Claudia Ammann, dass es für sie selbstverständlich sei, dass die ikV bei ihr zuhause anrufen und dass sie mit ihnen über persönliche Themen wie z.B. über ihre Familie spreche. Wenn sie in der Freizeit ikV antreffe, tausche sie mit ihnen aus. Die Trennung von Arbeit und Freizeit sei in solchen Projekten nicht möglich. Man könne nicht von den ikV etwas einfordern, was man selber nicht lebe. Die Zusammenarbeit mit ikV verändere die eigene Arbeit und die eigene Vorstellung von Professionalität. Warum soll persönliche Anteilnahme nicht

professionell sein? Sie selber sei oft in der Arbeit mit ikV persönlich berührt. So habe vor kurzem eine interkulturelle Vermittlerin, welche altersmässig ihre Mutter sein könnte, zur abendlichen Besprechung ihr ein Stück Kuchen mitgebracht und gemeint, sie habe sicher noch nichts gegessen. Das sind Gesten, welche in einem auf professionelle Distanz bedachten Sozial- und Gesundheitswesen unter Fachpersonen kaum mehr denkbar sind. Es sei jedoch auch so, dass die Zusammenarbeit mit ikV diese Vertrautheit und Berührbarkeit erfordere. Deshalb brauche es auch Projektleitende, welche über diese Fähigkeiten verfügen und diese Art von Arbeit schätzen. Ein gutes Kriterium für geeignete Projektleitende sei die Fähigkeit, persönliche Geschichten erzählen zu können und Lebensgeschichten anderer zuzuhören. Geschichten über sich, über die eigene Familie, über eigene Erlebnisse – das sei vertrauensbildend. Zudem sei die Verankerung in der Region ein Vorteil. Der Austausch mit den ikV verlaufe zum Teil auch über die Kontakte der eigenen Kinder.

Hier zeigt sich jedoch ein weiteres Spannungsfeld zwischen den schriftlich orientierten „Buchstabenorganisationen“ und der mündlich orientierten informellen Arbeit. Transkulturelle Projekte laufen nach dem Motto „Versuch und Irrtum“. Die Arbeit läuft über die Netzwerke, welche in den verschiedenen Migrantengemeinschaften für Aussenstehende wenig fassbar sind. Die Suche nach geeigneten ikV und deren verbindliche Zusammenarbeit kann Jahre dauern. Das fordert wiederum die schweizerischen Fachstellen heraus, die in ihrer Logik von einer linearen und effizienten Projektplanung und –durchführung ausgehen.

These 2: „Von den interkulturellen VermittlerInnen wird einerseits erwartet, dass sie sich gut in der schweizerischen Gesellschaft integriert haben und andererseits in der eigenen Migrantengemeinschaft verankert sind.“

Die ikV stehen nicht nur im Spannungsfeld formeller und informeller Arbeitsweisen sondern auch multipler soziokultureller Zugehörigkeiten. Ge-

lingt es ihnen die verschiedenen Lebenswelten zu integrieren, braucht es zudem das Verständnis gegenüber ihren Landsleuten, welche mit der Integration Mühe bekunden. Erfolgreiche ikV können ihre Migrations- und Integrationsbiografie reflektieren. Sie verstehen, warum ihnen die Integration gelungen ist und warum andere MigrantInnen sich damit schwer tun. Vielleicht sind sie in der Stadt aufgewachsen und verfügen über eine gute Bildung? Hier zeigt sich zudem die grosse Pluralität innerhalb der Migrantengemeinschaft, die sich zum Beispiel in einem Stadt-Land-Unterschied zeigt. So hat eine tamilische interkulturelle Vermittlerin, die in einer Stadt Sri Lanka's aufgewachsen ist, kaum etwas von Ayurveda und Babymassage selber gehört. Deshalb ist es wichtig, dass innerhalb der verschiedenen Migrantengemeinschaften unterschiedliche ikV tätig sind. Während die Frau des Imams als ikV einen guten Zugang zur religiösen orthodoxen Gemeinschaft hat, wird die kurdische Türkin ihre Botschaft eher bei politisch links stehenden Gruppen anbringen können. Der Aufbau eines Netzwerkes von geeigneten ikV ist deshalb auch so zeitintensiv, weil die Fachstellen oft die Struktur der Migrantengemeinschaften gar nicht kennen.

Die Verankerung in der eigenen Migrantengemeinschaft ist jedoch noch keine Gewähr für eine erfolgreiche Tätigkeit als ikV. Praxisbeispiele zeigen, dass interkulturelle Vermittlerinnen, welche erfolgreich verschiedene Lebenswelten integrieren können, manchmal von den Männern der eigenen Community als Bedrohung angesehen werden. Sie befürchten, dass die interkulturelle Vermittlerin „ihre“ Frauen gegen sie aufhetzen könnte. Dieser Ruf innerhalb der Migrantengemeinschaft kann die Arbeit einer interkulturellen Vermittlerin stark behindern. Oft nehmen die Projektleitenden diesen Konflikt gar nicht wahr.

These 3: „Interkulturelle Übersetzende sind nicht in jedem Fall geeignete interkulturelle VermittlerInnen.“

IkV sollten die Fähigkeit haben, ein Projekt der schweizerischen Institution zum eigenen Projekt und zur eigenen Idee zu machen. Hier besteht auch ein

fundamentaler Unterschied zwischen der Arbeit als interkulturelle ÜbersetzerIn und als interkulturelle VermittlerIn. Beim interkulturellen Vermitteln positioniert sich die Fachperson. Sie steht hinter dem Projekt und versucht das Projekt zu „verkaufen“. Beim interkulturellen Übersetzen hat die Fachperson eine neutrale Haltung. Weil das Rollenverständnis zwischen diesen beiden Aufgaben verschieden ist, eignet sich nicht jede interkulturelle ÜbersetzerIn als ikV. Die Fachstellen ziehen jedoch oft die interkulturellen ÜbersetzerInnen bei, weil diese über eine professionelle Ausbildung verfügen und eine schweizerisch anerkannte Ausbildung für ikV bis jetzt noch fehlt. Die Parteinahme für eine Idee, welche nicht selber entwickelt wurde, ist für ikV eine besondere Herausforderung. Zudem brauchen sie Verständnis für ihre Landsleute, die vielleicht über wenig Bildung verfügen, sich verbal weniger differenziert ausdrücken können und oft aus dörflichen Strukturen kommen. Eigentlich sind dies klassische Schlüsselqualifikationen einer Sozialarbeiterin, vor allem wenn man zusätzlich an den Umgang mit Nähe und Distanz denkt.

Während interkulturelle Übersetzen über sehr gute Deutschkenntnisse verfügen müssen, können auch MigrantInnen mit weniger guten Deutschkenntnissen in der interkulturellen Vermittlung erfolgreich sein. Eine wichtige Voraussetzung ist jedoch eine gute Verankerung in der Migrantengemeinschaft und Ressourcen, um die mangelnden deutschen Sprachkenntnisse kompensieren zu können. Dies kann bedeuten, dass der Ehepartner der ikV gut deutsch spricht und sie oder ihn dabei unterstützt oder dass wie zum Beispiel im Projekt der Geburtsvorbereitungskurse die ikV über eine medizinische Ausbildung verfügen. Von Seite der schweizerischen Fachpersonen wird oft vergessen, dass die Zeit in den Herkunftsländern nicht stehen geblieben ist. Auch dort gibt es Präventionskampagnen und Gesundheitserziehung.

In den Regionen sind meist dieselben ikV in mehreren Projekten involviert, was zu einer Überlastung der bewährten ikV führen kann. Deshalb wäre es wichtig, ikV aufzubauen, um so die anspruchsvolle Arbeit der Vermittlung besser zu verteilen. Die bewährten ikV sind zu Recht jedoch auf ihre ausgezeichnete Arbeit stolz und möchten deshalb ihre

Position und Macht manchmal nicht teilen. Das stellt Projektleitende vor besondere Herausforderungen. Wie könnte das Wissen im Bereiche der interkulturellen Vermittlung besser vernetzt werden? Wie wäre es möglich, bewährte ikV als Mentorinnen und Mentoren zu gewinnen? Hier ist noch viel Denkarbeit zusammen mit den ikV zu leisten.

These 4: „Die anspruchsvolle Arbeit der interkulturellen VermittlerInnen wird von den Institutionen zu wenig anerkannt. Zudem werden die interkulturellen VermittlerInnen oft nicht als gleichwertige Fachpersonen respektiert.“

Die Arbeit der interkulturellen Vermittlung ist sowohl für die ikV als auch für die Projektleitenden anspruchsvoll. Die Projektleitenden brauchen oft Jahre bis sie die Netzwerke der Migrantengemeinschaften kennen und mit den geeigneten ikV verbindlich zusammenarbeiten. Zudem brauchen einige ikV eine intensive Begleitung, damit sie ihre guten Ideen erfolgreich umsetzen können. Nicht jede ikV ist von Anfang an mit ihrem Projekt erfolgreich. Dann braucht es die Unterstützung der Projektleitenden, damit die ikV nicht „verheizt“ werden. Zusammen mit den ikV müssen die Projektleitenden die Frustrationen anschauen und sie je nach Situation auch schützen. Die Praxis zeigt, dass es manchmal nötig ist, die ikV zu entlasten, ihnen ein Time out zu geben und gemeinsam nach einigen Wochen wieder neue Wege zu suchen.

Während Projektleitende meist ihre Telefonnummer von zuhause nicht bekannt geben und nicht rund um die Uhr erreichbar sind, trifft dies auf die Arbeit der ikV zu. Deshalb ist es wichtig, dass ikV für ihre anspruchsvolle Arbeit bezahlt werden. Vor allem bei Ressourcenknappheit versuchen Institutionen immer wieder, die ikV nicht adäquat zu entschädigen. Dies ist deshalb auch möglich, weil die ikV sich selber nicht dagegen wehren. Sie legitimieren ihre freiwillige Tätigkeit mit dem Wunsch, ihren Landsleuten etwas Gutes zu tun. Die Erfahrung zeigt, dass ikV oft zu wenig Stunden rapportieren. Hier wiederholt

sich ein Stück Frauengeschichte. Informelle Arbeit ist weniger wert, wird oft von Frauen verrichtet und im Sinne der Emanzipation wäre es ein wichtiger Schritt von Seite der Institutionen, diese informelle Arbeit wie jede andere Form der Arbeit auch zu entschädigen. Wie heisst es „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit!“.

These 5: Die Arbeit mit interkulturellen VermittlerInnen ist komplex und zeintensiv. Warum wird die interkulturelle Vermittlung für die transkulturelle Öffnung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention empfohlen?

Die Antwort darauf ist eindeutig. Ohne die Partizipation der Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung kann die Zielgruppe gar nicht erreicht werden. Die ikV sind wie das Sounding Board. Sie sagen, was und wie etwas funktionieren kann. Nur schon die zeitliche Fixierung eines Kursangebotes ist ohne den Rat der ikV praktisch unmöglich. Im Gespräch mit den ikV wird zum Beispiel der Geburtsvorbereitungskurs zeitlich festgelegt. Ungeeignete Zeitpunkte sind kurz vor oder während den Sommerferien sowie während den Ramadan. Ebenfalls wird in dieser Runde der Kurspreis diskutiert. Momentan zahlen die Teilnehmenden 30.- selber. Die ikV tauschen untereinander auch aus, wo am besten Werbung für die Kurse gemacht werden kann.

Ohne die ikV läuft nicht nur bezüglich Rahmenbedingungen sondern auch inhaltlicher Art in den Projekten nichts. In der Zusammenarbeit mit ihnen können die Projektleitenden irritierende Begebenheiten zum Beispiel im Zusammenhang mit Geschlechterrollen reflektieren. Dies zeigt folgendes Praxisbeispiel aus dem Geburtsvorbereitungskurs. Am Telefon sagen die angefragten Frauen oft, dass sie zuerst die Männer fragen müssen. Während die schweizerischen Fachpersonen an patriarchale Strukturen denken, insistieren die ikV. Sie wissen, dass Migrantinnen oft als Schutz ihren Mann vorschoben und sich hinter der Opferrolle verstecken. Für einige Migrantinnen ist es einfacher zu sagen,

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

Die „Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention“ (Bauer 2007) kann unter 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

Anregung für die Praxis: MediatorInnenarbeit in der HIV/Aids-Prävention bei MigrantInnen. Ein „Guide to Good Practice“, download unter 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.



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.

Wenn 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

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.

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.