

Ein Rezept für Babylon

E. Taverna

Der ehemalige Polizist aus Istanbul fand sich hier nie zurecht, während seine Frau sehr rasch die neue Sprache lernte. Die erste Krisenintervention fand statt, als die ältere Tochter mit ihrem Schweizer Freund eine Reise machen wollte. Der arbeitslose Albaner versteckte sich monatelang bei seinem Sohn. Die nötige Spitalweisung verweigerte er, weil sein Ausschaffungstermin bereits abgelaufen war und er den Gesichtsverlust bei seiner Heimkehr mehr fürchtete als jede mögliche Komplikation. Der aus Bosnien geflüchtete Familienvater tyrannisierte seine Familie, weil er nicht akzeptieren konnte, dass er aus medizinischer Sicht arbeitsfähig und die Entfernung des in der Halswirbelsäule steckenden Granatsplitters unnötig und viel zu riskant war.

Die wirtschaftlich oder politisch erzwungene Migration stellt auch in einer Landpraxis die Fähigkeiten zu zwischenmenschlichen Beziehungen auf eine neue Probe. Gesundheit und Integration als transkulturelle Herausforderung ist zunehmend ein Thema, zu dem die Caritas-Fachstellen Fortbildung und Hilfe anbieten. Sie sorgen dafür, dass geeignete Dolmetscher zur Verfügung stehen, weil die Erfahrungen zeigen, dass Familienangehörige oder Bekannte aus Befangenheit und wegen mangelnder Kenntnisse oft nicht die richtigen Vermittler sind.

In der Schweiz ...

Laut dem Bundesamt für Statistik gehört das Schweizerische Bevölkerungswachstum, mit 5,9% von 1990 bis 2000, zu den höchsten Europas. Der Wanderungssaldo übersteigt mit 52% den Geburtenüberschuss von 48%, wobei seit 1998 vor allem die städtischen Regionen ein überdurchschnittliches Wachstum verzeichnen. 20,5% der Wohnbevölkerung haben einen ausländischen Pass, mehrfach bis doppelt soviel wie in allen anderen europäischen Ländern, ausser Liechtenstein (36,3%). Mitgezählt sind dabei auch Asylsuchende, Saisoniers und Kurzaufenthalter. Mehr als ein Viertel der 20- bis 39jährigen sind ausländischer Nationalität. Nach deutsch, französisch und italienisch werden als Hauptsprachen am häufigsten serbisch, kroatisch, albanisch, spanisch und portugiesisch gesprochen. Stark zugenommen hat

die muslimische und die christlich-orthodoxe Religionsgemeinschaft. Am meisten aussereuropäische Immigranten leben in den Kantonen Genf und Bern. Gemäss provisorischen Daten sind über 500 000 Personen oder 9% der Schweizerinnen und Schweizer im Laufe ihres Lebens eingebürgert worden, wobei der europäische Vergleich leider fehlt.

Die vielen Diagramme und Tabellen im neusten Bericht [1] erklären, warum zurzeit im Gesundheitswesen interkulturelle Kompetenzen gefragt sind. Dass im Pflegebereich seit Jahrzehnten sehr viele Ausländerinnen arbeiten, ist ein Vorteil, von dem die Spitäler schon lange profitieren. Die überwiegend einheimische Ärzteschaft dürfte in dieser Hinsicht eher Defizite aufweisen, vor allem wenn es sich um die Minderheit von ausländischen Patienten mit chronischen Schmerzproblemen, mit psychiatrischen Leiden und mit traumatischen Erfahrungen handelt. Kultur wird in diesem Zusammenhang oft als «kollektive Bewusstseinsprogrammierung einer bestimmten Gruppe» definiert. Ihre sozialen Muster aus traditionellen Ideen, ethnischen, geographischen und politischen Werten prägen die Verhaltensweisen einer Gemeinschaft. Das Krankheitsverständnis im kulturellen Kontext, die Familienstruktur, die Geschlechterrollen und die Bedingungen der Migration bestimmen den Umgang mit unseren Angeboten von Diagnoseverfahren, Therapien und Rehabilitation. Dabei können allein schon sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, religiöse Besonderheiten und magische Gedankeninhalte eine Abgrenzung zwischen «normal» und «abnormal» im schlimmsten Fall verunmöglichen.

... und global

Offenheit, Interesse, geistige Flexibilität und Authentizität im Sinne von Glaubwürdigkeit und «Spürbarkeit» sind die Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Kommunikation. Was generell für den Umgang mit Einheimischen gilt, hat auch für die weite Welt seine Gültigkeit. Thomas Baumer, geb. 1960, hat als langjähriger Manager international tätiger Unternehmer im Jahr 2000 das CICB Center of Intercultural Competence (www.cicb.net) gegründet und seine

Erfahrungen in einem «Handbuch Interkulturelle Kompetenz» aufgezeichnet [2]. Das Buch ist eine Fundgrube für länderspezifische Kontaktschwierigkeiten, globales Konfliktpotential und multikulturelle Stolpersteine. Besonders lesenswert ist auch das Kapitel über «Transkulturelle Medizin und Psychiatrie», das mit vielen Beispielen die vielfältigen Formen des Erduldens, der Eifersucht, von Angst und Schuld, der Geschlechtsunterschiede, der Sexualität und Familienplanung und der Trauer illustriert. Kompetent geschrieben ist nicht nur die Analyse, sondern auch der Weg zur Lösungssuche, zu Problemlösungsprozessen, Kommunikationslogik und Verhaltensorientierung. Die vielzitierte Globalisierung wird hier auf eine überzeugende, originelle und auch humorvolle Weise aufgezeigt, die auch verblüffende Selbsterkenntnisse ermöglicht. Im anderen erkennen wir letztlich uns selber, in fremden Wertauffassungen, in Umgangsformen und im Nationalcharakter, aber auch in der Zeichensprache und in Sprechgewohnheiten. So können wir auch als Globe-

trotter oder in der Praxis Ärger vermeiden, wenn wir beim «Alles OK!-Zeichen (Daumen und Zeigefinger bilden einen Kreis) vorsichtig umgehen. Bei Piloten und Tauchern: «alles klar», in Japan: «jetzt können wir über Geld reden», im Süden Frankreichs: «nichts, wertlos», in Spanien, in Osteuropa und Russland: «vulgäre sexuelle Anspielung». Indem der Autor auf die Auswanderungswellen aus Deutschland und der Schweiz im 18. und 19. Jahrhundert hinweist, wird die historische Dimension der permanenten und unumkehrbaren Wanderungen sichtbar. Zum neuen Umgang mit anderen Kulturen, auch im Gesundheitswesen, liefert Baumer einen konstruktiven Beitrag.

Literatur

- 1 Bundesamt für Statistik. Räumliche und strukturelle Bevölkerungsdynamik in der Schweiz 1990–2000. Bern: BfS; 2002. 59 Seiten.
- 2 Bauer T. Handbuch Interkulturelle Kompetenz. Bern: Orell Füssli Verlag AG; 2002. 223 Seiten.

Das Elend der ärztlichen Kunst

B. Gurtner

Wenn ein Sozialwissenschaftler und multimedial tätiger Kunsthistoriker die Medizingeschichte der letzten 500 Jahre ins Visier nimmt, um die Wurzeln der heutigen Probleme des Gesundheitswesens freizulegen, ergeben sich manche Aspekte, die den Direktbetroffenen entgehen können [1]. Zudem erfahren wir erstaunliche (Un-)Taten und Meinungen der ärztlichen Vorfahren, welche uns im Studium nicht vermittelt worden sind. Das allein schon und die vielen klug kommentierten Bilddokumente machen das Buch von Bernhard Kathan zu einer sehr anregenden Lektüre. Der 1953 geborene, in Innsbruck lebende Autor verfügt zudem über einiges Insiderwissen, weil er selbst im Spital gearbeitet hat, breitgefächerte Literatur berücksichtigt und mit einer Krankenschwester verheiratet ist, deren langjährige Pflegeerfahrungen und Alltagserlebnisse in den Text eingebracht worden sind.

Kathan kennt die Nöte der Unterassistenten, die voller Nichtigkeitsgefühle durch die Gänge der Klinik schleichen. Er versetzt sich in die

Situation der Kranken, die sich für eine Untersuchung vorbereiten oder in ungewohnter Umgebung dem beängstigenden Zeremoniell der Arztvisiten ausgeliefert sind. Er meint keineswegs, dass in der Medizin früher alles besser gewesen sei, er zeigt aber auf, wie sich immer mehr technische Geräte zwischen Arzt und Patient geschoben haben, vom einfachen Stethoskop bis zu den ferngesteuerten Apparaten der Gegenwart. Der menschliche Körper wurde in Einzelteile zerlegt und losgelöst von seiner persönlichen Geschichte und seinem sozialen Umfeld betrachtet. Das begann im 16. Jahrhundert mit den öffentlichen Sektionen von Hingerichteten oder anonymen armen Verstorbenen. Die gesellschaftliche Bedeutung dieser Inszenierungen wird ausführlich geschildert und bebildert. Die Zergliederung des Individuums führte in letzter Konsequenz zur Subspezialisierung der Fachärzte, die von anspruchsvollen Kunden als Organreparateure wahrgenommen werden. Ins Elend kamen das ungestörte ärztliche Gespräch und die körperliche Nähe bei der ma-

Korrespondenz:
Dr. med. Bernhard Gurtner
Eggstrasse 76
CH-8620 Wetzikon

nuellen Untersuchung und Behandlung, Dialog und Berührung sind in die alternative Heilkunde ausgewandert. Genau gemessene Daten haben intuitive Einzelerfahrungen und Befunde ersetzt, die grossen medizinischen Fortschritte aber überhaupt erst möglich gemacht. Auch von vielen Patienten werden nur Zahlen, Diagramme und Abbildungen als objektive Kontrollen des eigenen Körpers akzeptiert, den sie wie einst die Aufklärer als biologische Maschine verstehen.

Die Anamnese wurde schon in früheren Zeiten indirekt von Dienstboten erhoben, wenn sie bei Krankheit ihrer Herrschaften zum Doktor gesandt wurden. Eine gut rapportierende Magd ersparte dem Arzt den Hausbesuch und kam nach der Ferndiagnose mit einem Rezept zurück. Wir werden an neuere Schutzmechanismen erinnert, mit denen unerwünschte oder beängstigende Kontakte zu den Patienten umgangen oder vorschnell abgebrochen werden: Zeitmangel, Zusatzuntersuchungen oder delegierende Arbeitsteilung sind nicht immer nur Sachzwänge, sondern oft auch Fluchtwege für Ärzte und Pflegepersonal. Kathan schiebt aber die Schuld für manche Fehlentwicklung nicht einseitig den professionellen Helfern zu, sondern meint, dass wir heute bloss jene Medizin haben, welche unsere Gesellschaft verdient und trotz enormer Kosten ungehindert konsumieren will: «Der Erfolg der modernen Medizin wäre nicht denkbar, würde ihre Funktion nicht kollektiven Abwehrbedürfnissen entsprechen. Längst ist die Medizin an die Stelle religiöser Institutionen getreten.»

Wie hat sich damals die Einführung der Lokalanästhesie und der Vollnarkose auf das Arzt-Patienten-Verhältnis ausgewirkt? Was bedeutet die Positionierung der Kranken beim Arztbesuch, bei Untersuchungen und bei therapeutischen Eingriffen und was sind die psychologischen Nebenwirkungen für die aktiv und passiv Beteiligten? Wie kam es zur Aufhebung aller privaten und öffentlichen Schamgrenzen und was sind die Folgen der Television als Guckloch in Operationssäle und Seelenkammern? Was ist vom Einsatz von Überwachungskameras, von «Augen ohne Antwort», zu halten, namentlich in der Psychiatrie? Was brachte die elektronische Textverarbeitung und Nachrichtenübermittlung, wie gingen die erzählenden Krankengeschichten verloren und was geschieht, wenn ein Leiden nur noch mit einer Ja-Nein-Checkliste erfasst wird?

Zu diesen Fragen hat sich der Autor originelle Gedanken gemacht und er vertieft sie mit einprägsamen Zitaten vieler Vordenker. Sein Schlusswort klingt leider sehr pessimistisch, traut er doch unserer rastlosen Gesellschaft nicht mehr zu, innezuhalten und sich einer liebevolleren Heilkunde zuzuwenden, welche den Triumph der medizinischen Wissenschaft ohne Verelendung der ärztlichen Kunst geniessen könnte. Gibt es nicht doch da und dort erste Ansatzpunkte für eine Umkehr?

Literatur

- 1 Kathan B. Das Elend der ärztlichen Kunst. Berlin: Kulturverlag Kadmos; 2002. ISBN 3-931659-34-8, 269 Seiten, Fr. 31.70