

# Die hausärztliche Betreuung von Migranten/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom\*

A. Kilcher, R. Spiess

Migranten/-innen mit chronifizierten Schmerzen stellen für Fachpersonen im Gesundheitsbereich immer wieder eine Herausforderung dar. Im vorliegenden Artikel wird der Frage nachgegangen, welche Problemfelder sich in der hausärztlichen Betreuung dieser Patienten/-innen-Gruppe abzeichnen und welche Lösungsansätze sich anbieten.

## Einleitung

Ärztinnen und Ärzte und medizinische Institutionen werden immer häufiger mit Patienten/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom konfrontiert, wobei Migranten/-innen überproportional davon betroffen sind [1]. Die langen chronifizierten Verläufe sind oft von gegenseitigen Missverständnissen und unerfüllten Erwartungen geprägt. Dabei sind Hausärztinnen und -ärzte in besonderem Masse betroffen, weil sie in der Regel die erste Anlaufstelle sind. Angesichts der Schwierigkeiten bei der Behandlung von Migranten/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom in hausärztlichem Kontext werden im folgenden die wichtigsten Problemkreise diskutiert, wie sie sich im Laufe der hier zitierten Forschung herauskristallisiert haben: Verständigungsprobleme, die relativ diffuse Symptompräsentation, unterschiedliche Erklärungsmodelle von seiten der Patienten/-innen und der Ärztinnen und Ärzte, spezifische Ängste und Befürchtungen der Patienten/-innen, unterschiedliche Rollen- und Therapieerwartungen sowie stagnierende und negative Krankheitsverläufe. Für jeden Problemkreis werden Handlungsanregungen vorgestellt, welche von den an der Untersuchung beteiligten Interviewpartnern/-innen formuliert wurden.

## Probleme in der Arzt-Patienten-Interaktion

Eine 27jährige Frau kurdischer Herkunft flüchtete 1999 zusammen mit ihrer Mutter und ihrem Bruder aus dem türkischen Heimatdorf in die Schweiz. Vor der Flucht hatte sie keine gesundheitlichen Probleme, danach stellten sich erste

Beschwerden ein und ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich stetig: Die anfänglichen Schulter-Nacken-Schmerzen strahlten in den Rücken und die Beine aus. Heute schmerzt zudem die rechte Körperhälfte. Es gibt keine medizinische Erklärung für die Beschwerden und verschiedene Behandlungen halfen nur begrenzt. Der behandelnde Hausarzt führt die Schmerzen in erster Linie auf traumatisierende Erlebnisse im Heimatland sowie auf schwierige Lebensbedingungen in der Schweiz zurück. Die Patientin vermutet hingegen eine körperliche Ursache. Sie befürchtet, an einer schlimmen Krankheit zu leiden, die bislang unentdeckt blieb.

Dieses Zusammenspiel von Verständigungsproblemen sowie unterschiedlichen Erklärungsmodellen und Erwartungen bei einer stetigen Zustandsverschlechterung hat sich bei sämtlichen untersuchten Arzt-Patienten-Interaktionen als problematisch erwiesen.

\* Der vorliegende Artikel entstand im Rahmen der Lizentiatsarbeit von Anne Kilcher am Ethnologischen Seminar der Universität Zürich. Die Feldforschung mit dem Titel «Die hausärztliche Betreuung von Migranten/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom» wurde mit dem Ziel durchgeführt, die von Patienten/-innen und Ärztinnen und Ärzten immer wieder genannten Interaktionsprobleme zu untersuchen sowie mögliche Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Die Forschung wurde zwischen Juli und November 2001 durchgeführt, es wurden mit elf Hausärztinnen und -ärzten und einem Psychiater, zwölf Patienten/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom (acht Frauen, vier Männer; Herkunftsregionen: Kosova, Bosnien, Mazedonien, Türkei, Irak) sowie mit sogenannten Schlüsselinformanten/-innen (Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund) insgesamt 41 Interviews durchgeführt. Die daraus resultierenden Problemkreise und Handlungsanregungen wurden in einem im März 2002 vom Ethnologischen Seminar organisierten Austauschforum von Hausärztinnen und -ärzten diskutiert. Im Anschluss an die Forschung wird im September 2003 von der Fachstelle für Weiterbildung und dem Ethnologischen Seminar eine Fortbildungsveranstaltung zur Arzt-Patienten-Interaktion im Migrationskontext angeboten. Diese Veranstaltung wird im Rahmen einer klinisch-psychologischen Dissertation von Regina Spiess an der Universität Basel unter der Leitung von PD Dr. Thomas M. Gehring evaluiert.

Korrespondenz:  
Anne Kilcher  
Brahmsstrasse 34  
CH-8003 Zürich

E-Mail: [annekilcher@gmx.net](mailto:annekilcher@gmx.net)

Regina Spiess  
Ethnologisches Seminar  
Freiensteinstrasse 5  
CH-8032 Zürich

E-Mail: [rspie@access.unizh.ch](mailto:rspie@access.unizh.ch)

**Verständigung:****«Die Sprache ist das grösste Problem»**

Die Patienten/-innen sowie die Schlüsselinformanten/-innen betrachten die unbefriedigende sprachliche Verständigung als Hauptproblem in der Arzt-Patienten-Interaktion, nicht aber die Hausärztinnen und -ärzte. Bei komplexen Beschwerden wie chronischen Schmerzen, die auch in der Muttersprache schwer in Worte zu fassen sind, ist die verbale Verständigung besonders erschwert oder wie eine Patientin es ausdrückte: «Bei einfachen Problemen wie Halsschmerzen kann ich mich gut genug ausdrücken. Aber bei diesen Schmerzen kann ich dem Hausarzt nicht alles erzählen. Manchmal versuche ich etwas zu erklären, aber es geht nicht. Manchmal merke ich auch, dass er es nicht verstanden hat.»

Bei den Patienten/-innen ist aufgrund dieser erschwerten Verständigung eine grosse Verunsicherung festzustellen, welche bei vielen zu einem grundsätzlichen Misstrauen gegenüber der gestellten Diagnose oder dem diagnostizierten Schweregrad der Krankheit führt.

Sprachliche Verständigungsprobleme belasten die Arzt-Patienten-Beziehung aber auch deshalb, weil sie häufig nicht als solche erkannt, sondern als «schlechte Compliance» interpretiert werden, wie der kosovo-albanische Arzt ausführte: Sei dies nun, weil eine Person aus sprachlichen Gründen nicht auf die Frage des Arztes oder der Ärztin antwortet oder weil sie sich bei Verhinderung nicht telefonisch abmelden kann.

Im Unterschied zu den Patienten/-innen erachten die Hausärztinnen und -ärzte das Sprachproblem als sekundär: Sie erleben Verständigungsschwierigkeiten zwar als unangenehm, weil sie zu längeren Konsultationen führen können, halten diese aber trotzdem für zweitrangig, vor allem wenn (Laien-)Dolmetscher anwesend sind. In der Regel handelt es sich dabei um Familienangehörige, welche oft selbst nur schlecht deutsch sprechen. Diese Konstellation ist ungünstig, weil sie häufig mit Rollenkonflikten sowie mit Scham bei den Übersetzenden sowie den Patienten/-innen verbunden sind.

Sowohl in der Literatur als auch vonseiten der Patienten/-innen und Ärztinnen und Ärzte wird die Übersetzung durch professionelle Dolmetscher/innen als Ideallösung angesehen [2, 3]. Da die Finanzierung bis heute ungelöst ist, ist ein punktueller Beizug eines professionellen Dolmetschers denkbar, wie etwa bei spezifischen Problemen, Diagnoseeröffnung usw. Als zweitbeste Lösung ziehen Patienten/-innen mit geringen Sprachkenntnissen Freunde/-innen, Bekannte und Familienangehörige vor [4]. Perso-

nen mit ausreichenden Kenntnissen verzichten lieber auf eine Übersetzung. Eine Möglichkeit, die von den befragten Ärztinnen und Ärzten in den seltensten Fällen genutzt wurde, war die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten mit Migrationshintergrund. Die befragten Schlüsselpersonen würden eine solche Kooperation, z. B. in Form einer telefonischen Beratung oder dem einmaligen Übernehmen von Patienten/-innen, durchaus begrüssen.

Die meisten befragten Hausärztinnen und -ärzte waren sich bewusst, dass es nötig ist, bei Migranten/-innen eine einfache Sprache zu verwenden. Trotzdem ist ihnen dies aus Sicht der Patienten/-innen nicht immer gelungen. Die grössten Stolpersteine stellten Fachausdrücke dar, welche von den Ärztinnen und Ärzten gar nicht mehr als solche wahrgenommen wurden. Neben der einfachen Sprache schätzten es die Patienten/-innen sehr, wenn deutlich und langsam gesprochen wurde und wichtige Informationen mehrmals wiederholt wurden [5, 6].

Durch die Einschränkung der verbalen Verständigung erhält die nonverbale Kommunikation mehr Gewicht. Nach Aussage der Schlüsselinformanten/-innen achten die Patienten/-innen stark auf körperliche Ausdrucksformen des Arztes wie etwa dessen Mimik oder die Körperhaltung. Von seiten der Ärztinnen und Ärzte könnte durch die Berücksichtigung nonverbaler Signale der Patienten/-innen wie Stirnrunzeln oder Senken des Kopfes allfälligen Missverständnissen vorgebeugt werden.

**Diffuse Symptompräsentation:****«Alles Schmerz»**

Ein Phänomen, welches teilweise auch mit zu geringen Sprachkenntnissen zusammenhängt, ist die diffuse Symptompräsentation [7]. Die an der Studie beteiligten Hausärztinnen und -ärzte bestätigten, dass Migranten/-innen im Unterschied zu Schweizer Schmerzpatienten/-innen eher zu unklaren Schmerzlokalisationen neigen. Die Schlüsselinformanten/-innen sehen dafür unterschiedliche Gründe. Zum einen führen sie das Phänomen auf die geringe Schulbildung zurück. Viele Migranten/-innen aus ländlichen Regionen verfügen nur über ein rudimentäres anatomisches Wissen, was die Lokalisierung der Schmerzen erschwert. Der kosovo-albanische Schlüsselinformant weist zudem auf den möglichen semantischen Inhalt dieser diffusen Symptomäusserung hin: Die Schmerzen der Vergangenheit (z. B. durchlebte Traumatisierungen), der Gegenwart (wie die unbefriedigende Wohn- und Arbeitssituation, geringe gesellschaftliche Integration) sowie der Zukunft (Unsicherheit bezüg-

lich Aufenthalt usw.) führen zu einem «grenzenlosen» Schmerzzustand; einem komplexen psychischen Zustand also, der kaum in Worte gefasst werden kann. «Alles Schmerz» ist in diesem Fall als Ausdruck einer empfundenen Ohnmacht zu interpretieren.

Eine Möglichkeit, diese allgegenwärtige Schmerzerfahrung zu konkretisieren, besteht darin – im Sinne einer ausführlichen Schmerzanamnese –, Zeichnungen anfertigen zu lassen bzw. Anatomieatlas beizuziehen [8]. So hat der kosovo-albanische Arzt gute Erfahrungen damit gemacht, bei diffusen Beschwerden diese gemeinsam mit den Patienten/-innen anhand eines Anatomieatlasses (im Idealfall in deren Muttersprache) zu lokalisieren.

### Psychische vs. organische Erklärungsmodelle

«Es war sehr schlecht für mich, als der Arzt sagte, es sei psychisch. Einen Moment habe ich selber geglaubt, es sei psychisch. Aber ich habe Schmerzen!»

Die meisten in dieser Studie befragten Ärztinnen und Ärzte neigten erst dann dazu, psychosoziale Erklärungen wie traumatisierende Erlebnisse, Mehrfachbelastungen durch Beruf und Familie oder eine erschwerte Integration beizuziehen, wenn sich auf der organischen Ebene nichts ergeben hatte [9]. Konfrontierten sie die Patienten/-innen mit solchen Vermutungen, reagierten diese in der Regel ablehnend. «Psychisch» wurde schnell mit «Verrücktsein» oder «Simulieren» in Verbindung gebracht. Die meisten Patienten/-innen hielten an körperbezogenen Erklärungen fest, sie machten frühere Verletzungen (z. B. Arbeitsunfälle), Fehlbehandlungen bzw. eine bislang unentdeckte Krankheit für die Schmerzen verantwortlich.

In diesem Zusammenhang fragen sich verschiedene Autoren/-innen, ob Migranten/-innen überhaupt über ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis verfügen [10, 11]. Wie die Interviews zeigten, hängt die Offenheit gegenüber psychischen Erklärungen von einer Vielzahl von Faktoren ab. Neben der Art und der Lokalisierung spielte auch die Ursache der Schmerzen eine wichtige Rolle: Bei Kopf-, Nacken- oder generalisierten Schmerzen, welche bei den befragten Patienten/-innen im Kontext von Traumatisierungen auftraten, waren die Betroffenen offener für psychische Erklärungen. Wenn hingegen eindeutig lokalisierbare Schmerzen bzw. Kreuz-, Rücken- oder Beinschmerzen, welchen ein Unfall vorausgegangen war, vorlagen, lehnten sie psychische Erklärungen eher ab. In Übereinstimmung mit der Literatur bestätigte der kosovo-

albanische Arzt den Einfluss der Schulbildung bzw. der sozialen Schicht, wenn es um das Erkennen von biopsychosozialen Zusammenhängen geht [12]: «Ich denke, viele der Leute verstehen den Zusammenhang zwischen Körper und Psyche aufgrund ihrer geringen Ausbildung nicht. Die Psyche ist sekundär. Das Nicht-Sichtbare wird nicht geschätzt.»

In der vorliegenden Untersuchung zeichnete sich zudem ab, dass die Einstellung der meisten Patienten/-innen je nach Setting variierte: Während bis auf drei stark traumatisierte Patientinnen alle in der offiziellen Arzt-Patienten-Interaktion an körperlichen Erklärungen festhielten, änderte sich diese Haltung während des gemeinsamen Interviews in der Wohnung der Patienten/-innen. Mit zunehmender Vertrautheit, die sich nach mehrmaligem Treffen einstellte, äusserten die Informanten/-innen die unterschiedlichsten Vermutungen, welche durchaus auf ein ganzheitliches Krankheitsverständnis hindeuten. Am häufigsten wurden schwierige Lebensumstände genannt wie prekäre Wohnverhältnisse, Probleme am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, unsicherer Aufenthaltsstatus, finanzielle Probleme bzw. Konflikte innerhalb der Familie. Zwei Drittel der Patienten/-innen hatten zudem traumatisierende Erlebnisse wie Krieg, Folter oder Gewalt in der Familie hinter sich. Die Hälfte der Patienten/-innen sahen darin eine mögliche Ursache für ihre Beschwerden. Ferner wurde von einer Patientin auch Heimweh und von sieben Patienten/-innen das Wetter bzw. das Klima in der Schweiz als Einflussfaktor gesehen [15].

Warum aber beharren die Patienten/-innen im hausärztlichen Kontext auf körperbezogenen Erklärungen, wenn sie sich der möglichen psychosozialen Zusammenhänge bewusst sind?

Ein Grund könnte sein, dass es beim Arztbesuch um eine gesellschaftliche Legitimation der real erlebten Schmerzen geht. Das Akzeptieren psychischer Ursachen käme für viele Patienten/-innen dem Eingeständnis gleich, die Schmerzen seien nicht wirklich vorhanden. Ein weiterer Grund könnte darin liegen, dass psychische Krankheiten für viele Patienten/-innen mit einem Stigma behaftet sind.

Die Analyse der Interviews zeigte, dass es in den meisten Fällen sinnvoller ist, auf psychische Erklärungen für die Schmerzen zu verzichten. Eine solche hat oft eine Reaktanzbildung zur Folge, weil die meisten Patienten/-innen den Hinweis auf mögliche psychische Ursachen als Bagatellisierung ihrer Schmerzen auffassen.

Bei Patienten/-innen, die gegenüber psychischen Erklärungen nicht offen sind, kann es hilfreich sein, die Schmerzen anhand von körper-

### Handlungsanregungen für die Praxis

#### Verständigung

- Einfache Sprache verwenden:
  - kurze Sätze, deutlich und langsam sprechen,
  - Fachjargon vermeiden, Begriffe mit einfachen Wörtern, Synonymen umschreiben,
  - nicht mehr als ein Thema auf einmal besprechen;
- Mimik, Gestik beachten; Zeichnungen, Bilder, Modelle oder anatomischen Atlas beiziehen;
- diffuse Beschwerden mittels (muttersprachlichen) Anatomieatlases gemeinsam lokalisieren;
- punktueller Einsatz von professionellen Dolmetschern (z. B. zu Behandlungsbeginn, bei spezifischen Problemen, Diagnoseeröffnung);
- wenn Laiendolmetscher/innen, dann Patienten/-innen auffordern, Freunde oder Bekannte statt Familienangehörige mitzubringen (wenn möglich gleichen Geschlechts);
- im Zweifelsfall: Zusammenarbeit mit Arzt/Ärztin aus Herkunftsland der Patienten/-innen;
- Patienten/-innen auf Deutsch- und Alphabetisierungskurse hinweisen (z. B. durch Abgabe von Broschüren).

#### Arzt-Patienten-Beziehung

- Schmerzen ernst nehmen, wiederholt anerkennen;
- sich (punktuell) mehr Zeit nehmen;
- erhöhte Transparenz, indem wichtige Punkte wiederholt werden und Befunde sowie Therapiemethoden ausführlich besprochen werden;
- Unterschied zwischen Diagnose und Therapie erklären;
- Behandlung «aushandeln», Sichtweisen der Patienten/-innen integrieren;
- Patienten/-innen-Ressourcen verstärkt nutzen:
  - eigene Handlungsmöglichkeiten abklären und anerkennen,
  - Familie verstärkt einbinden,
  - den Patienten/-innen die Möglichkeit von psychischen Coping-Strategien zugänglich machen;
- auf psychische Erklärungen verzichten, eher auf der körperlichen Ebene bleiben (vegetative, neurologische Vorgänge) bzw. äussere Faktoren einbeziehen (z. B. Mehrfachbelastungen);
- Rolle Ärztin/Arzt / Patient/in in der Schweiz erklären;
- Ängste thematisieren (auch bezüglich Invalidität); versichern, dass keine schlimme Krankheit vorliegt;
- wiederholt auf Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten aufmerksam machen (betrifft vor allem auch Antidepressiva).

lichen Prozessen zu begründen. Wie ein türkischer Arzt betonte, sollten die Beschwerden eher auf der Ebene vegetativer Prozesse bzw. des Nervensystems erklärt werden, weil sich die Patienten/-innen diesbezüglich als offen und ansprechbar zeigen.

Eine weitere Zugangsebene stellen äussere Einflüsse dar. Aspekte wie eine schwere Arbeit, Mehrfachbelastungen oder eine unzumutbare Wohnsituation werden von einigen Patienten/-innen durchaus als Erklärung akzeptiert.

Diese ablehnende Haltung gegenüber psychischen Erklärungsmodellen von seiten der Patienten/-innen bedeutet aber nicht, dass psychosoziale Faktoren nicht erfasst werden sollen. Vielmehr geht es im Sinne einer migrations-spezifischen Anamnese darum, die Herkunfts-, Migrations- und Integrationsgeschichte des Patienten oder der Patientin zu erfassen [12, 13].

Meist ist es überhaupt erst möglich, migrations-spezifische Daten zu erheben, wenn ein Vertrauensverhältnis vorhanden ist. Die Erfassung dieser Daten findet also über verschiedene Konsultationen hinweg statt.

Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte und Schlüsselinformanten/-innen hilft die Erhebung dieser biographischen Daten, die Lebenssituation der Patienten/-innen und damit auch die eigenen Handlungsmöglichkeiten bzw. -einschränkungen besser einschätzen zu können. Einer der interviewten Hausärzte gab an, anfänglich am Ausmass der von der Patientin geltend gemachten Schmerzen gezweifelt zu haben, bis er im Verlauf der Behandlung durch die Physiotherapeutin von den Misshandlungen, welche die Frau in ihrer Heimat erlitten hatte, erfuhr. Diese Informationen stellten sich für die Beziehung zwischen Arzt und Patientin als sehr wichtig heraus.

Für alle befragten Patienten/-innen ist es sehr wichtig, dass sich der Arzt/die Ärztin nach dem persönlichen Hintergrund erkundigt. Als ebenso wichtig beurteilen sie das wiederholte Anerkennen der Schmerzen durch den Arzt/die Ärztin. Diese beiden Faktoren tragen aus ihrer Sicht am meisten dazu bei, dass sie sich ernstgenommen fühlen.

### Ängste und Befürchtungen von seiten der Patienten/-innen

Die Tatsache, dass keine organischen Ursachen gefunden werden und die Patienten/-innen gleichzeitig an starken Schmerzen leiden, nährt grosse Ängste: Alle Patienten/-innen fürchteten sich vor einer späteren Invalidisierung [14]. Die Hälfte der Befragten hatte zudem Angst, an einer gravierenden Krankheit (meistens Krebs) zu leiden, die bislang unentdeckt blieb oder welche vom Arzt oder von der Ärztin verheimlicht wird. Diese Angst führen die Schlüsselinformanten/-innen neben Verständigungsproblemen darauf zurück, dass in Ländern wie der Türkei oder dem Kosovo lebensbedrohliche Krankheiten üblicherweise nur den Familienangehörigen, nicht aber den direkt Betroffenen mitgeteilt werden.

Während die meisten Hausärztinnen und -ärzte über Krebsängste Bescheid wussten, waren den wenigsten die ausgeprägten Ängste hinsichtlich einer Behinderung bekannt. Es ist aus Sicht der Schlüsselinformanten/-innen wünschenswert, wenn die Ärztinnen und Ärzte mögliche Ängste von sich aus ansprechen würden, zumal viele Patienten/-innen nicht wagen, ihre Befürchtungen zu thematisieren. Es kann ausserdem sehr hilfreich sein, zu erläutern, wie in der Schweiz Patienten/-innen bei lebensbedrohlichen Krankheiten informiert werden. Zudem geht es im Sinne einer generell erhöhten Transparenz darum, Befunde eingehend zu erklären und heikle Fragen wie die der IV-Rente bereits zu Beginn zu besprechen. Durch die Erläuterung körperlicher Zusammenhänge kann auch dem recht häufigen Problem vorgebeugt werden, dass geringe körperliche Beeinträchtigungen, wie z.B. ein kleiner Bandscheibenvorfall, der dem/der Patienten/-in verschwiegen wurde, von einem Arzt im Heimatland «entdeckt» und in der Folge sofort eine Operation verlangt wird.

### Unterschiedliche Rollen- und Therapieerwartungen von Patienten/-innen und Ärztinnen und Ärzten

Die befragten Patienten/-innen erwarten sehr viel von ihren Hausärztinnen und -ärzten. Sie nehmen diese als Autoritätspersonen wahr, die wissen, welche Krankheit vorliegt und welche

Therapie am besten ist. Die Ärztinnen und Ärzte selbst betonen im Zusammenhang mit Schmerzpatienten/-innen ihre Funktion als Begleiter/-innen. Sie erachten es als wichtig, die Patienten/-innen als aktive Partner/-innen in Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Allerdings erleben sie das oft als schwierig, weil sie Migranten/-innen als passiver, fordernder und/oder fatalistischer wahrnehmen als Einheimische. Die befragten Patienten/-innen sehen sich tatsächlich in erster Linie als Opfer und erwarten demzufolge auch, dass die Heilung von aussen ansetzt.

Gegensätzliche Erwartungen bestehen auch hinsichtlich der Therapie: Während sämtliche Ärztinnen und Ärzte den aktuellen medizinischen Erkenntnissen folgend eine aktive Therapie anstreben, erwarten die Patienten/-innen ausnahmslos passive Therapien wie Massagen oder Bäderbesuche. Die Schlüsselinformanten/-innen führen diese unterschiedlichen Vorstellungen auf die Erfahrungen der Patienten/-innen mit dem heimatlichen Gesundheitssystem zurück:

Erstens werden in einer Gesundheitsversorgung wie z.B. der kosovarischen aufgrund fehlender Infrastruktur weniger ausführliche Untersuchungen vorgenommen als in der Schweiz, und es wird viel schneller zur Therapie übergegangen. Viele Patienten/-innen kennen aus diesem Grund den Unterschied zwischen Diagnose und Therapie nicht und fordern etwa eine Computertomographie, weil sie diese für eine Behandlungsmethode halten. Um solchen Missverständnissen vorzubeugen, ist es hilfreich, wenn die Hausärztinnen und -ärzte den Unterschied zwischen diagnostischen und therapeutischen Methoden erklären.

Zweitens liegt die passivere Haltung vieler Migranten/-innen auch darin begründet, dass das heimatliche Medizinsystem auf kurzfristige Effekte ausgerichtet ist. Eine türkische Ärztin erklärt dies folgendermassen: «Die Patienten erwarten, dass man ein Medikament gibt, damit der Schmerz schnell weggeht. Manchmal wollen sie auch eine Spritze. Die Spritze ist bei uns in der Türkei ein wichtiges Mittel, wenn jemand krank ist: Antibiotika oder Schmerzmittel werden als Spritzen verabreicht. Auch Röntgen ist wichtig.»

Die Medikamente sind sowohl für die Ärztinnen und Ärzte als auch die Patienten/-innen zentral: Oft haben die Ärztinnen und Ärzte keine andere Handlungsmöglichkeit als das Verordnen von Medikamenten. Für die Patienten/-innen sind Medikamente wichtig, weil sie eine medizinische Anerkennung ihrer Beschwerden darstellen. Gleichzeitig sind Medikamente Ursache zusätzlicher Befürchtungen, weil die Patienten/-innen die Nebenwirkungen wahrnehmen,

sich aber aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse bzw. geringer Bildung nur ungenügend darüber informieren können [16]. Es ist deshalb wichtig, ausführlich über die Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten aufzuklären.

Besonders sorgfältig muss der Einsatz von Antidepressiva begründet werden. Diese wurden von einem Drittel der befragten Patienten/-innen als Teil der Schmerzbehandlung oder zur Behandlung von Verstimmungen *als Folge* der Schmerzen akzeptiert. Eine gute Akzeptanz hatten Antidepressiva auch bei den drei Frauen, die schwere Traumatisierungen erlebt hatten: Sie gingen davon aus, dass sie aufgrund des Erlebten psychisch stark belastet sind und ihnen deshalb solche Medikamente helfen. Die Hälfte der Patienten/-innen hingegen lehnte Antidepressiva ab und nahmen diese z.T. gar nicht ein. Dabei handelt es sich um diejenigen, welche glaubten, die Medikamente dienten primär der Behandlung psychischer Störungen (als *Ursache* der Schmerzen), sich gegenüber psychischen Erklärungen durch die Ärztinnen und Ärzte aber nicht offen zeigten. Durch die Verordnung von Antidepressiva fühlten sie sich nicht ernstgenommen: «Frau Doktor, ich habe nicht hier Schmerzen [zeigt auf den Kopf], sondern hier [zeigt auf den Rücken].»

Alle befragten Patienten/-innen waren gegenüber aktiven therapeutischen Massnahmen äusserst ablehnend eingestellt: Aktivität bei Schmerzen schien sämtlichen Konzepten von vernünftigem Verhalten in einer solchen Situation zuwiderzulaufen. Gleichzeitig aber verfügten die meisten Patienten/-innen über verschiedene Selbsthilfestrategien, welche ihnen das Leben mit den Schmerzen erleichterte: Spaziergehen, Selbstmassagen oder das Einnehmen bestimmter Körperhaltungen wurden am häufigsten genannt.

Obwohl all diese Massnahmen meist nur kurzfristig Wirkung zeigen, könnten sie Anknüpfungspunkte für eine Aktivierungstherapie (d.h. gezielte Gymnastik inkl. Dehnungs- und Kräftigungsübungen, Schwimmen, Laufen und/oder Physiotherapie) darstellen: Die verstärkte Integration dieser Ressourcen in die Behandlung könnte lohnenswert sein, weil sie die Patienten/-innen aus einer sonst eher passiven Haltung heraustreten lassen.

#### Krankheitsverlauf

##### «Die Schmerzen werden nicht besser»

Die Ärztinnen und Ärzte stellten hinsichtlich des Krankheitsverlaufs einen bedeutenden Unterschied zwischen Migranten/-innen und Schwei-

zern/-innen mit chronischen Schmerzen fest: Während sich der Zustand bei einheimischen Patienten/-innen in der Regel änderte, blieb er bei Migranten/-innen entweder gleich oder er verschlechterte sich. Zudem zeichnete sich bei den meisten Patienten/-innen eine Tendenz zur Multimorbidität ab [17]. Ein Hausarzt schildert diese Situation folgendermassen: «Sie kommen dann immer nach einem Monat, und wenn man fragt, wie die Schmerzen seien, sagen sie: «Alles genau gleich!» Oder: «Es ist noch viel schlimmer!». Der generelle Zustand wird immer schlimmer, es wird einfach nie auch nur ein bisschen besser. Das ist deprimierend.»

Erklärungen für einen solchen Krankheitsverlauf sind in einem komplexen Zusammenspiel ungünstiger sozioökonomischer und psychosozialer Faktoren zu suchen, wie sie in der Folge von Migration verstärkt auftreten [18, 19].

So kann z.B. das von Good beschriebene Phänomen, dass Schmerzen eine sinnstiftende Funktion erhalten können, durch die Umstände der Migration verstärkt werden. Der Autor bezeichnet den Prozess, in dessen Verlauf der Alltag immer stärker am Phänomen Schmerz ausgerichtet wird, als «The Unmaking of the World»: Nachdem eine Person das ganze Leben neu um den Schmerz herum organisiert hat, verlöre sie ohne diesen schliesslich jede Struktur, jedes Ziel und jeden Sinn [20]. Dieser Prozess von Sinn-generierung rund um das Phänomen Schmerz kann durch das gesellschaftliche Vakuum, das viele Migranten/-innen erleben, potenziert werden. Ohne soziales Netz, ohne Beschäftigungsmöglichkeit oder Geld und oft auch ohne die eigene Familie steht der Schmerz noch stärker im Zentrum des eigenen Existierens als bei anderen Schmerzpatienten/-innen [20, 21].

#### Fazit

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigten, wird die Behandlung von Schmerzpatienten/-innen mit Migrationshintergrund von verschiedensten Faktoren beeinflusst: dem sozioökonomischen Status, den Sprachkenntnissen, der Schulbildung, den Erfahrungen im Umgang mit medizinischen Institutionen im Herkunftsland, der Einstellung gegenüber der eigenen Krankenrolle, eigenen Krankheitskonzepten sowie dem Grad gesellschaftlicher Integration. Zur Erfassung dieser verschiedenen Faktoren bietet sich die migrationspezifische Anamnese an.

Die obengenannten Handlungsanregungen sind nicht als «Rezepte» aufzufassen. Vielmehr geht es um ein ständiges Abwägen und Aushan-

deln, einen Prozess, der sich mit jedem Patienten/ jeder Patientin mit oder ohne Migrationshintergrund unterschiedlich gestaltet. Im folgenden sollen noch einmal die Punkte hervorgehoben werden, denen in der Interaktion mit Migranten/-innen besondere Bedeutung zukommen.

#### **Eintreten auf subjektive Erklärungsmodelle**

Durch das Eintreten auf subjektive Erklärungsmodelle fühlen sich die Patienten/-innen ernstgenommen, was die Compliance erhöht. Das Anerkennen der subjektiven Krankheitstheorien bedeutet auch das wiederholte Anerkennen der Schmerzen. Bei Patienten/-innen mit Migrationshintergrund kann die besondere Herausforderung in einem längeren und für die Ärztinnen und Ärzte anstrengenderen Aushandlungsprozess liegen, z.B. bezüglich der angemessenen Therapie. Wichtig für diesen Prozess ist der Einbezug aktiver Strategien der Patienten/-innen, weil diese Anknüpfungspunkte für verschiedene aktive therapeutische Massnahmen darstellen.

Mit psychischen Erklärungsmodellen sollte eher zurückgehalten werden, Erklärungen sollten vor allem auf der körperlichen Ebene bleiben

(vegetative, neurologische Vorgänge) bzw. äussere Faktoren einbeziehen (z.B. Mehrfachbelastungen).

#### **Umgang mit Verständigungsschwierigkeiten**

Trotz der Bemühungen der befragten Ärztinnen und Ärzte, langsam und einfach zu sprechen, bestehen hier aus Sicht der Patienten/-innen Verbesserungsmöglichkeiten. Das gleiche gilt für die Beachtung nonverbaler Kommunikation. Wenn Laiendolmetscher eingesetzt werden, sind Vertrauenspersonen der Patienten/-innen Familienangehörigen vorzuziehen. Für bestimmte Konsultationen lohnt sich ein punktueller Dolmetscherbeizug. Als sehr hilfreich erweist sich das Heranziehen medizinischer Atlasse.

#### **Informieren**

Eine weitere Herausforderung bei der Behandlung von Migranten/-innen liegt darin, gerade wegen der Sprachprobleme und der z.T. geringen Bildung nicht weniger, sondern ausführlicher zu informieren. Auf diese Weise kann den festgestellten Ängsten und Befürchtungen entgegen gewirkt werden.

**Vermittlungsstellen für Dolmetscher/innen in der Schweiz**

**Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK**  
 Freiburgstrasse 44a, 3010 Bern,  
 Tel. 031 390 50 50,  
 E-Mail: ambulatorium.miges@redcross.ch,  
 Internet: www.folter.ch

**Appartenances (auch in Genf, Neuenburg, Vevey und Yverdon)**

Rue des Terreaux 10, Case postale 52,  
 1000 Lausanne 9, tél. 021 341 12 50,  
 e-mail: association@appartenances.ch

**Caritas Kanton Solothurn**

Berntorstrasse 10, Postfach 277, 4501 Solothurn,  
 Tel. 032 622 30 80

**Caritas Schweiz, Vermittlungsstelle für Dolmetscher/innen**

Reichsgasse 61, 7000 Chur, Tel. 081 252 13 14,  
 E-Mail: dpujol@gr.caritas.ch

**Caritas Thurgau**

Felsenstrasse 11, 8570 Weinfelden,  
 Tel. 071 622 80 31,  
 E-Mail: brigitte.hess@caritas-thurgau.ch

**Derman – Beratungsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung für Türken/-innen und Kurden/-innen (und Albaner/innen), Schweizerisches Arbeiterhilfswerk (SAH)**

Josefstrasse 84, 8005 Zürich, Tel. 01 274 88 33,  
 Internet: www.sah.ch/regionalstelle/zuerich/pdf-daten/derman.pdf  
 Kosten: Fr. 70.– pro Stunde plus Wegvergütung Fr. 40.–. Supervision der Einsätze durch Kernteam bestehend aus Arzt, Pflegefachfrau, Therapeuten/-innen, Sozialarbeiter/in.

**Fachstelle «Interkulturelle Kommunikation», Caritas Luzern**

Morgartenstrasse 19, 6002 Luzern,  
 Tel. 041 210 00 66

**FiF Fachstelle für interkulturelle Fragen**

Brahmsstrasse 28, 8003 Zürich, Tel. 01 497 60 60,  
 Internet: www.stadt-zuerich.ch/kap10/fif/  
 Kosten: zwischen Fr. 40.– und 80.– pro Auftrag.  
 Teils professionelle, teils halbprofessionelle Dolmetscher/innen.

**ISA – Informationsstelle für Ausländerfragen**

Bollwerk 39, 3011 Bern, Tel. 031 311 94 50

**Linguadukt Dolmetscherdienst Aargau/Solothurn**

c/o HEKS Regionalstelle AG/SO,  
 Rain 24, 5000 Aarau, Tel. 062 836 30 20/21,  
 E-Mail: linguadukt\_aarau@bluewin.ch  
 Kosten Linguadukt (alle Regionalstellen): Fr. 75.– für eine Übersetzungsstunde, für jede weitere angebrochene Viertelstunde: Fr. 18.75. Qualifizierte Dolmetscher/innen/Kulturvermittler/innen in über 10 Sprachen.

**Linguadukt Dolmetscherdienst Basel-Stadt/Baselland**

c/o HEKS Regionalstelle Basel, Socinstrasse 13,  
 4051 Basel, Tel. 061 269 94 07,  
 E-Mail: heks\_basel\_fluedi@bluewin.ch

**Linguadukt Dolmetscherdienst Bern**

c/o HEKS Regionalstelle Bern, Seilerstrasse 22,  
 3011 Bern, Tel. 031 381 51 51,  
 E-Mail: hekslinguadukt@bluewin.ch

**Linguadukt Dolmetscherdienst Zürich**

c/o HEKS Regionalstelle ZH/SH,  
 Forchstrasse 282, Postfach 722, 8029 Zürich,  
 Tel. 01 381 37 75,  
 E-Mail: linguadukt@hekseper.ch

**PsychoSozialer Dienst der Asylorganisation des Kantons Zürich**

Josefstrasse 186, 8005 Zürich, Tel. 01 447 74 74  
 Kosten: Fr. 40.– pro Auftrag. Nichtprofessionelle Übersetzer/innen, selber Asylsuchende oder anerkannte Flüchtlinge, arbeiten im Rahmen eines Beschäftigungsprogramms der AO.

**Service d'Interprétariat, Caritas Suisse**

Service de réfugiés Fribourg,  
 Rue Botzet 2, Case postale 11, 1705 Fribourg,  
 Tel. 026 425 81 00

**VERDI – Vermittlungsstelle für Dolmetscher/innen**

Poststrasse 18, 9001 St. Gallen,  
 Tel. 071 228 33 90, E-Mail: verdi.sg@bluewin.ch



## Literatur

- 1 Kopp HG, Willi J, Klipstein A. Im Graubereich zwischen Körper und Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil I: Neue Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von somatoformen Störungen (am Beispiel von chronischen Schmerzpatienten). *Schweiz Med Wochenschr* 1997;127:1380-90.
- 2 Stuker R. Professionelles Dolmetschen. In: Domenig D (Hrsg.). *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber; 2001. S. 185-99.
- 3 Kurmann M. Flüchtlinge in der Sprechstunde: Ein Ratgeber für Hausärztinnen und Hausärzte zur Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Region Basel. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut; 2000.
- 4 Eberding A, von Schlippe A. Konzepte der multikulturellen Beratung von Migranten. In: Marschalk P, Wiedl K-H (Hrsg.). *Migration und Krankheit*. Osnabrück: Universitätsverlag; 2001. S. 261-82.
- 5 Bischoff A, Loutan L. Mit anderen Worten: Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege. Bern/Genf: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG); 2000.
- 6 Bischoff A, Loutan L, Stalder H. Von einer Sprache zur anderen. *SM Soziale Medizin* 2001;3:32-46.
- 7 Zimmermann E. Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Bern: Hans Huber; 2000.
- 8 Ein Schmerzanamnesenblatt ist auf [www.dolor.ch/index.html](http://www.dolor.ch/index.html) zu finden.
- 9 Salis Gross C, Blöchliger C, Moser C, Zuppinger B. Die Arzt-Patienten-Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Schlussbericht. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut (STI); 1997.
- 10 Glier B, Tietz G, Rodewig K. Stationäre psychosomatische Rehabilitation für Migranten aus der Türkei. In: David M, Borde T, Kantenich H (Hrsg.). *Migration und Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag; 2001. S. 189-98.
- 11 Kröner-Herwig B. Chronischer Schmerz aus psychologischer Sicht. In: Weitkunat R, Haisch J, Kessler M. *Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte – Methoden – Prävention – Versorgung – Politik*, Bern: Hans Huber; 1997. S. 257-63.
- 12 Akbal S. Migrant/innen in Österreich und Europa – ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. In: David M, Borde T, Kantenich H (Hrsg.). *Migration und Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag; 2001. S. 115-20.
- 13 Salis Gross C, Moser C, Zuppinger B, Hatz C. Die Arzt-Patienten-Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die Praxis. *Praxis – Schweizerische Rundschau für Medizin* 1999; 86(21):887-94. Sondernummer Migration und Gesundheit. Teil 2.
- 14 Royer A. Life with chronic illness: social and psychological dimensions. Westport: Praeger; 1998.
- 15 Goldberg DP, Brigdes K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* 1988;32(2):137-44.
- 16 Borde T. Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Dissertation: Berlin 2002. URL: [http://edocs.tu-berlin.de/diss/2002/borde\\_theda.htm](http://edocs.tu-berlin.de/diss/2002/borde_theda.htm).
- 17 Berg G. Subjektive Krankheitskonzepte. In: David M, Borde T, Kantenich H (Hrsg.). *Migration und Gesundheit*, Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag; 2001. S. 81-94.
- 18 Herzer H. Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern. *Schweiz Ärztezeitung* 2000;81(47): 2668-72.
- 19 Keel P. Low back pain and foreign workers: Does culture play an important role? In: Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A (eds.). *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*. Bibliotheca Psychiatrica, Nr. 169. Basel: Karger; 2001. p. 117-25.
- 20 Good BJ. The body, illness experience, and the lifeworld: a phenomenological account of chronic pain. In: Good B (ed.). *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: University Press; 1994. p. 116-34.
- 21 Garro LC. Chronic illness and the construction of narratives. In: Kleinman A, Brodwin P, Good BJ, DeVecchio Good M (eds.). *Pain as a human experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press; 1992. p. 100-37.