

## **Tagung Krankenkasse Zurzach**

vom 23.10.97 über das Thema

### **Krank in der Fremde**

## **Was bedeutet es für einen Menschen krank in der Fremde zu sein?**

---

U. Davatz

### **I. Einführung**

Das Kranksein löst bei jedem Menschen ein gewisses regressives Verhalten aus, d.h. man kehrt auch als Erwachsener in kindliche Verhaltensmuster zurück und hat entsprechende kindliche Erwartungshaltungen an seine Umwelt. Die Umwelt nimmt gegenüber einem Kranken entsprechend automatisch ein mütterlich/väterliches Verhalten ein und schiebt dadurch den Kranken automatisch in eine kindliche untergeordnete Rolle.

Befindet man sich als Kranker nicht im eigenen gewohnten Kulturkreis, löst dies vermehrt Angst aus, und die regressiven Verhaltensmuster werden dadurch meist verstärkt. Die entsprechenden mütterlichen und väterlichen Betreuungsreflexe bleiben jedoch die gleichen, da sich die Betreuer ja meist in ihrem gewohnten kulturellen Umfeld befinden und somit passt das Verhaltenspaar nicht mehr ganz aufeinander.

Abgesehen davon sind die mütterlichen und väterlichen Verhaltensmuster der professionellen Helfer dem Patienten gegenüber stark von der kulturspezifischen Erziehung her geprägt, was mit sich bringt, dass sie nicht immer zu anderen fremden Kulturen passen. Hier beginnt das Missverständnis zwischen Helfer und Patient.

### **II. Kulturspezifisches ärztliches Verhalten dem Patienten gegenüber**

- Erwartung an den erwachsenen Patienten, dass er seine Symptomatik möglichst genau analysieren und auch entsprechend verbal schildern kann (analytisches wissenschaftliches Denken vorausgesetzt), damit dann spezifisch behandelt werden kann. Bei Sprachschwierigkeiten fällt dies schon weg.

- Erwartung an den Patienten, dass er eine relativ grosse Schmerztoleranz hat im Sinne der protestantisch calvinistischen Härte mit sich selbst. Wehleidigkeit ist kindlich und gehört nicht zu einem erwachsenen Menschen.
- Eigene niedrige Toleranzschwelle gegenüber von emotionellem Verhalten bei Patienten wie weinen, schreien oder andere „Dramen“, wird einem schnell unangenehm und lästig. Hohe Erwartung an Selbstkontrolle des Patienten sowie angepasstes Verhalten.
- Erwartung von relativ grossem Gehorsam des Patienten dem Arzt gegenüber, jedoch ohne dass man viel dafür tun muss, um als Autorität anerkannt zu werden, das Arztdiplom sollte genügen, meint man.
- Medizinische Befehle werden sachlich, intellektuell erteilt ohne viel rituellen Nachdruck. Man geht von einem aufgeklärten Weltbild aus, auch beim Patienten.
- Grosse Mühe mit eigener Ohnmacht, da man immer gewohnt ist, etwas machen zu können, unsere Machermentalität. Ohnmacht löst Ärger, Aggressionen und Ablehnung aus gegenüber dem Patienten, was sich negativ auf ihn auswirkt.
- Als Zeitmangel und aus unserem stark entwickelten Spezialistentum, Neigung zur rein symptomfokussierten Untersuchung und Behandlung, Vernachlässigung der ganzheitlichen psychosozialen Betrachtungsweise.

### III. Typisches Verhalten des Ausländerpatienten in der Fremde

- Symptome werden eher ungenau, schwammig pervasiv, kindlich symbolisch geschildert alla „tutto fa male“-Syndrom. Es wird eine Körpersprache gesprochen und nicht eine verbale, von Sprachschwierigkeiten abgesehen. Ich bin todkrank, anstatt ich bin todunglücklich!
- Schmerzen werden in der Regel schlecht toleriert, da sie Angst machen und der Angstpegel ohnehin erhöht ist. Deshalb häufig viel theatralisches appellatives Verhalten im Sinne eines bettelnden Kindes.

- Emotionelle Überforderungssituation des Arztes wird schlecht verstanden von Mittelmeerleuten, da sie gewohnt sind, mit mehr Emotionen umzugehen.
- Gehorsam wird nicht unbedingt entgegengebracht, da man ja nicht einer von den Ihrigen ist, nicht zu ihnen gehört und deshalb von vornherein mit Verdacht belastet ist. Man müsste sich als Arzt zuerst Vertrauen schaffen bei den Menschen aus einer anderen Kultur.
- Befehle werde nicht verstanden, wenn sie nicht in der kulturspezifischen Art übergebracht werden.
- Grosse Erwartungshaltung an den Arzt in jeder Hinsicht, sollte bei allem helfen können, nicht nur in medizinischer Hinsicht, auch finanziell und sozial. Sollte in der Lage sein, das ganze System zu verändern, d.h. die Schweizer Kultur dem Patienten anzupassen.

All diese kulturspezifischen unterschiedlichen Erwartungshaltungen von Arzt und Patient können neben den ohnehin bestehenden Sprachschwierigkeiten zu grossen Missverständnissen führen und dadurch zu massiven Erschwernissen in der Behandlung, ja zum Teil zur Verunmöglichung derselben.

#### **IV. Einige Ratschläge im Umgang mit Ausländerpatienten**

- Auswanderungssituation - von was weg, auf was zu?
- Von der verbalen Untersuchungsmethode vermehrt auf die nonverbale, beobachtende Untersuchung umstellen.
- Als erstes einen Anknüpfungspunkt zur fremden Kultur versuchen zu finden, Freude an Fremdem zeigen, nicht eine Schwarzenbachhaltung einnehmen im Sinne von „oh jeh, schon wieder so einer!“
- Dem mittelmeerländischen Sinn für Dramaturgie, d.h. dramatische Schmerzdarstellung etwas freundlicher gegenüberstehen, was bedingt, dass man die eigene Schmerzgrenze gegenüber von ausgedrückten Emotionen heraufsetzt und sich davon nicht allzu schnell verunsichern lässt, sie aber dennoch ernst nimmt!
- Sich eine Autorität verschaffen in der fremden Kultur, indem man sich kulturspezifischen Ritualen bedient. Um dazu in der Lage zu sein, braucht

man natürlich eine gewisse Kenntnis der entsprechenden Kultur. Diese kann man sich über die Patienten selbst einholen, wenn man Interesse daran zeigt.

- Medizinische Befehle bildlich erklären und nachkontrollieren, ob sie verstanden worden sind.
- Als Vaterfigur und Führer auftreten, auch wenn man noch nicht genau weiss, wo man den Patienten hinführen will. Sicherheit ausstrahlen.
- Immer einen ganzheitlichen Ansatz verwenden und das Symptom innerhalb der ganzen Lebenssituation betrachten und in diesem Kontext auf seinen kommunikativen Wert prüfen.
- Psychosomatische Symptome müssen dabei genau so wichtig gewertet werden wie rein somatische, sie sind immer Ausdruck eines starken Leidens. Wenn man sie nicht ernst nimmt, werden sie verstärkt.
- Keine abstrakte psychodynamischen Bilder oder Erklärungsmethoden verwenden, sondern eher konkrete, körperliche Bilder verwenden, diese sind für die Patienten verständlicher.
- Nicht nur im medizinischen Bereich Lösungen suchen, sondern immer auch im psychosozialen Bereich inkl. praktische Sachhilfe wie Finanzen, soziale Integration über Sprachkurse oder Kontakt herstellen zu Gleichgesinnten.

Da/kv/er