

VOM UMGANG MIT FREMDEN KLIENTINNEN UND KLIENTEN

Menschen mit Zuwanderungsgeschichte treffen in Europa auf ein Gesundheitssystem, das sie nicht kennen. Es ist ihnen fremd. Umgekehrt sind sie uns Fachpersonen als KlientInnen bzw. PatientInnen fremd. Was heisst das für unseren Berufsalltag? Wie begegnen wir diesen Menschen?

Von Solmaz Golsabahi-Broclawski

Alle Klientinnen und Klienten sind uns fremd, denn wir kennen sie nicht vorab. Manche sind uns jedoch besonders fremd – wegen der sprachlichen Barrieren, aber auch der unterschiedlichen kulturellen Gepflogenheiten oder gar ihrem Verständnis von Gesundheit und Krankheit und ihrem Umgang damit.

Die kulturelle Herausforderung und die Tatsache, dass weltweit nicht nur genderspezifische, sondern auch kulturspezifische Sichtweisen und Umgangsweisen mit Krankheit und Gesundheit zu berücksichtigen sind, wird verständlich, wenn wir uns einmal unseren letzten Urlaub im Ausland vor Augen führen. Wie oft waren wir da irritiert? Wie oft haben wir bemerkt, dass die Menschen um uns herum sich anders verhielten, als wir es erwartet haben? „Da war doch dieser Moment, in dem ich dachte, ich werde missverstanden.“ „Da hatte ich kurz das Gefühl, ich stehe auf dem Schlauch.“ „Diese Menschen scheinen kein Zeitgefühl zu haben.“ „Ihr Ton scheint sehr rau zu sein.“ „Ich glaube, meine Körpersprache wird nicht verstanden.“ „Was bedeutet eigentlich diese Gestikulation und warum wird nicht klar ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ gesagt?“ Diese Liste liesse sich beliebig verlängern, je nach geografischer Entfernung des jeweiligen Reiselandes zu unserem Land.

WARUM ERSCHEINT UNS ETWAS ALS FREMD?

Im Umgang mit KlientInnen mit einer Zuwanderungsgeschichte ist es wichtig, die eigene Handlungsweise und die eigenen Schablonen einmal aus der Luftballonperspektive zu betrachten und sie zu hinterfragen. Die Architektur unserer Muttersprache gibt uns richtungsweisend an, wie wir handeln und denken beziehungsweise das Gedachte zur Sprache bringen. Der Philosoph Ludwig Wittgenstein formulierte es einst so: Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt. Ausgehend von der deutschen Muttersprache wird uns zum Beispiel bewusst, dass es dem Deutschen wichtig ist, sich klar zu artikulieren, Position zu beziehen, sich abzugrenzen und es ist das höchste Gut in der Erziehung und auch im Umgang miteinander, wenn klare Aussagen formuliert werden. Ist dieses durch die Architektur der deutschen Sprache bedingte Ziel einer Kommunikation übertragbar auf den Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen? Schwerlich, und die Frage drängt sich auf: Was sind die



Zielsetzungen, Erziehungsstile und Erwartungen, wenn meine Muttersprache kein Wort für „Nein“ kennt? Was passiert, wenn direkte und sogenannte unverblühte Formulierungen Ausdruck von Unhöflichkeit, geistiger Minderentwicklung und vor allem Teamunfähigkeit bedeuten?

Wichtig ist in meinem klinischen Alltag und im Rahmen meiner Fortbildungsreihen die Vermittlung der Schablonen, derer wir uns unbewusst bedienen. Inhaltlich liegen die Erwartungen nicht weit auseinander und dennoch finden Missverständnisse und damit auch Kränkungen auf der Handlungsebene statt – da, wo wir meinen, doch alles klar und unmissverständlich dargestellt zu haben. Je müder, erschöpfter und vor allem gestresster eine oder beide an einer Interaktion beteiligten Parteien sind, desto schwieriger gestaltet sich die Situation.

DOLMETSCHER ALLEIN LÖSEN DAS PROBLEM NICHT

Der Einsatz von DolmetscherInnen und SprachvermittlerInnen bietet an dieser Stelle keine Lösung, wenn sich die Parteien der kulturellen Herausforderungen nicht bewusst sind und diese nicht wahrnehmen. Wie Churchill einst sagte: Zwei Politiker einigen sich, aber wenn ein Dolmetscher dazwischen fungiert, wird es komplizierter, denn auch er hat zwangsläufig persönliche Interessen. Diese Tatsache vergegenwärtigen wir uns meist nicht und meinen, mit einem Dolmetscher voranzukommen.



Auf der Handlungsebene sind wir dann aber unter Umständen genervt, weil wir bemerken, dass der Dolmetscher die Leitung der Sitzung übernimmt oder Unterhaltungen stattfinden, die nicht übersetzt werden. Ein ungeübter und nicht leitliniengerechter Einsatz eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin (mit und ohne qualifizierte Ausbildung) ist im klinischen Alltag nicht selten eine Zusatzkomplikation.

Wer für eine Behörde arbeitet, muss sich zudem darüber im Klaren sein, dass die Situation – egal, ob es um eine Anamnese oder um eine Untersuchung geht – gerade für Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus sehr belastend ist. Deren Anspannung ist bedingt durch ihre Angst vor und ihre Bedenken gegenüber Behörden, aber auch durch Stigmatisierungserfahrungen, die sie sowohl in ihrem Herkunftsland wie auch im Aufnahmeland gemacht haben können.

WIE GEHE ICH MIT DER BRISANTEN SITUATION UM?

Der Drang und auch die Anforderung weiterzukommen, veranlassen uns auf beiden Seiten zu Handlungen, die dazu führen, dass wir unzufrieden oder frustriert sind, uns nicht ernst genommen oder gar undankbar behandelt fühlen. Da beide Parteien diese Gefühle haben, sehe ich hier einen lösungsorientierten Ansatz für das weitere Vorgehen: Eine gemeinsame Ausgangslage erleichtert den Zugang.

Zunächst gilt es zu klären: Was wissen die Parteien voneinander? Was sind Fakten und was sind Vorurteile? Auf der Suche nach den Antworten ist Frustration jedoch vorprogrammiert, da es kaum Literatur gibt, die insbesondere im medizinischen Alltag an dieser Stelle nützlich wäre.

IM ALLTAG AUSNAHMEN GEWÄHREN UND SICH FÜHREN LASSEN

Für die Beantwortung unserer Fragen sind die KlientInnen selbst eine sehr gute Informationsquelle. Allerdings müssen wir an dieser Stelle bereit sein, im Alltag Ausnahmen zu gewähren und uns führen zu lassen. Diese Vorstellung löst bei vielen Fachleuten erst einmal Widerstände aus.

Im Alltag Ausnahmen gewähren: Damit ist keineswegs gemeint, dass ich meine Arbeitshypothesen und Vorgehensweisen ändern muss, sondern dass ich bereit bin, für kurze Momente in mir fremde Sichtweisen und Denkweisen einzutauchen. Ein Beispiel: Wenn zehn Angehörige da sind, rate ich dazu, diese nicht gleich rauszuschicken, sondern erst einmal alle in die Sprechstunde hineinzulassen, sich die Dynamik zwischen den Angehörigen anzusehen und zu beobachten, wie die zehn Personen mit den zwei Stühlen im Untersuchungsraum zurechtkommen. Meine Empfehlung: Halten Sie die Unruhe aus und setzen Sie sich hin! Irgendwann werden Ihre zwei Stühle besetzt sein und Sie können freundlich und bestimmt in die Runde fragen: Wer möchte draussen



warten und wer muss bleiben? Auch hier ist es wichtig, sich mindestens zwei Minuten Zeit zu geben. Wenn Sie psychiatrisch arbeiten, werden Sie sehen: Sie haben innerhalb von fünf Minuten eine komplette Abbildung der Dynamik der Erkrankung und auch der Beziehungsstrukturen vor sich und wissen auch, wo Sie therapeutisch im Weiteren ansetzen müssen.

Uns führen lassen: Anknüpfend an das oben genannte Beispiel ist hier erneut der Hinweis wichtig, dass es nicht darum geht, dass man sein Konzept preisgibt. Das fremde Verhalten soll mich nicht aus dem Konzept bringen, sondern es geht vielmehr darum, sich die Sichtweise der KlientInnen anzuschauen und diese in das eigene Handeln zu integrieren.

EIGENE WIRKLICHKEITSKONSTRUKTE HINTERFRAGEN

Transkulturelle Kompetenz ist die Fertigkeit, die im Alltag nötig ist, um mit den brisanten Situationen zurechtzukommen und auch einen Weg zu finden, eigene Wirklichkeitskonstrukte zu hinterfragen, ohne a priori etwas für falsch oder richtig zu erklären. Wir müssen uns immer wieder vergegenwärtigen, dass es unterschiedliche Sichtweisen gibt. So wie diese hierzulande vielfältig sind, sind sie es auch im Ausland.

Unsere fremden KlientInnen – mit und ohne Deutschkenntnisse – sind eine besondere Gruppe von Menschen, die uns viel Geduld abverlangen. In die kommunikative Situation spielen zahlreiche Faktoren mit hinein:

Weltanschauung, Bildung, Geschlecht, Rollen- und Religionsverständnis, Lösungsansätze und Lösungsmöglichkeiten. So teilte mir ein afghanischer Patient mit, dass er Angst vor dem Zorn Gottes habe. Er war ein Bauer ohne Schulausbildung und seine Kenntnisse des Korans hatte er ausschliesslich durch mündliche Überlieferung erlangt. Es war an dieser Stelle kaum möglich, ihm mit Zitaten und Begrifflichkeiten seine Angst zu nehmen. Vielmehr war es nötig, ihm durch die bildliche Darstellung seiner Angst eine andere Perspektive seiner Religion aufzuzeigen, welche die Vorstellung eines barmherzigen Gottes miteinschliesst. Je nach Bildungsstand unterscheidet sich das Verständnis von Sünde und Bestrafung. Ein syrischer Chefarzt auf der Flucht hat eine ganz andere Ausgangslage als ein afghanischer Bauer mit fünf Kindern. Und natürlich kommt hier auch ein Machtgefälle zum Tragen. Wie deutlich sich dieses abzeichnet, ist eine Frage des Aufenthaltsstatus, aber auch der finanziellen Situation. Bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte ist es verdoppelt, bei Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus vervielfacht. All dieser Aspekte sollten wir uns bewusst sein.



.....
Solmaz Golsabahi-Broclawski, Dr. med. univ., ist Psychiaterin und Psychotherapeutin. Sie leitet zusammen mit Artur Broclawski das Medizinische Institut für transkulturelle Kompetenz (MITK) in Bielefeld.