

# „Ein Trauma kann man als Erdbeben im Kopf umschreiben“

## Migration als Herausforderung für die Psychiatrie

Die therapeutische Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturkreisen kann belastend sein. Deshalb gilt es, bei allem sozialem Engagement, einem Burn-out der Therapeutinnen und Therapeuten vorzubeugen.

**Gesprächsleitung  
und redaktionelle Bearbeitung:**  
Ruedi Spöndlin

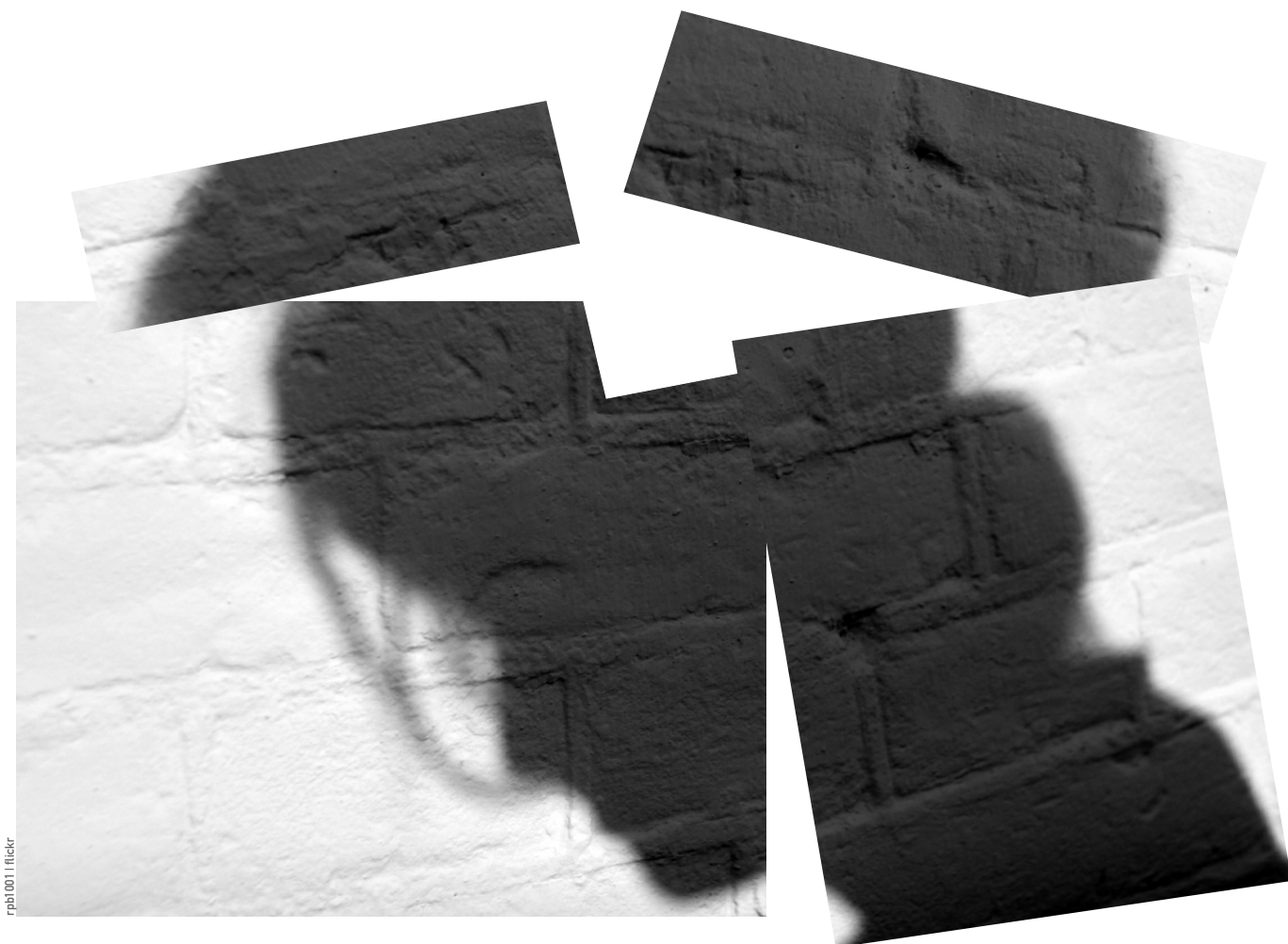
**Ruedi Spöndlin:** Ist Migration für die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) des Kantons Basel-Landschaft ein wichtiges Thema?

Lenka Svejda: Ja, seit über einem Jahrzehnt wissen wir, dass rund ein Drittel unserer Patientinnen und Patienten eine ausländische Nationalität hat. Wir haben in den EPD den Leistungsauftrag, die erwachsene Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft mit ambulanten psychiatrischen Angeboten zu versorgen, in Ergänzung zu den frei praktizierenden Psychiatern und dem stationären Angebot der kantonalen Psychiatrischen Klinik. Oft verbleiben nach der Triage Patienten bei uns, die nicht an die privaten Praxen weitervermittelt werden können. Das sind vielfach Menschen mit Migrationshintergrund. Ausserdem bieten wir Konsultationen mit Dolmetschern an, was in den privaten Praxen kaum gemacht wird, aber für unsere Arbeit ganz entscheidend ist.

**Spöndlin:** Es gibt ja „Migranten und Migranten“. Während früher fast ausschliesslich Menschen aus bildungsfernen Schichten aus dem Mittelmeer-

raum, dem Balkan und der Türkei in die Schweiz einwanderten, kommen jetzt u.a. viele Deutsche. Diese haben oft einen anderen sozialen Hintergrund - man spricht manchmal von „Elitemigration“ - und werden wohl kaum psychische Probleme haben.

Svejda: Das ist richtig. Aber auch unter den deutschen Einwandernden gibt es solche mit Behandlungsbedarf. Ihr Anteil unter unseren ausländischen Patienten hat deutlich zugenommen und ist mit rund 9 Prozent (2009) relativ hoch. Im Vergleich mit dem Jahr 2004 hat er sich fast verdoppelt (Peak 2008 mit 10%). Die „klassischen“ Herkunftsländer unserer Patientinnen und Patienten, die Türkei und das Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, weisen dagegen im gleichen Zeitraum einen Rückgang um rund je 5 Prozentpunkte auf. Die Patienten aus den frühen Immigrationsländern wie Italien, Spanien oder Portugal hingegen sind seit Jahren stabil und verhältnismässig tief. Der grösste Teil unserer ausländischen Patienten stammt nach wie vor aus der Türkei und aus der Region des ehemaligen Jugoslawiens. Übrigens gehören auch nicht alle deutschen Zuwandernden zur so ge-



rpbl001 | flickr

nannten „Elitemigration“, aber immerhin ein Viertel von ihnen hat als berufliche Stellung eine „leitende Funktion“ angegeben. Gut 30 Prozent unserer deutschen Patientinnen und Patienten haben eine abgeschlossene Ausbildung auf Tertiärstufe (FH, Universität o.ä.). Vergleichen wir das mit den Angaben der türkischstämmigen Patienten, so kommen diese bei der Tertiärstufe lediglich auf knappe 2 Prozent - hingegen weisen sie bei „keine Ausbildung“ und „Volksschulabschluss“ zusammen mit 73 Prozent einen Spitzenwert auf, der eher bedenklich stimmt (EPD-Statistik 2009). Insgesamt weist das Ausbildungsniveau der schweizerischen Patienten deutliche Unterschiede zu dem der ausländischen auf.

Daniela Heimberg: Unsere Statistik hält als migrationsrelevantes Kriterium die Staatsangehörigkeit fest. Deshalb ist der Anteil von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund höher, als die Statistik auf den ersten Blick vermuten lässt. Wir haben auch Patientinnen

und Patienten, welche bereits viele Jahre hier sind, das Schweizer Bürgerrecht erworben haben, jedoch kaum eine der Landessprachen beherrschen und

### Unsere Gesprächspartner

Daniela Heimberg, Dr. phil., leitende Psychologin an der Beratungsstelle Bruderholz der Externen Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft

Lenka Svejda-Hirsch, lic. phil., MAS, Sozialwissenschaftlerin, Stabstelle der Externen Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft, Herausgeberbeirätin Soziale Medizin

Daniel Gelzer, Dr. med., Hausarzt in Basel, Redaktionsgruppe Soziale Medizin

schlecht integriert sind. Von unseren ausländischen Patientinnen und Patienten haben rund 60 Prozent eine gesicherte Niederlassung (Bewilligung C),

18 Prozent eine Jahresaufenthaltsbewilligung B, 16 Prozent haben eine ungesicherte Aufenthaltsbewilligung, es sind so genannte Schutzbedürftige oder solche ohne Entscheid (Bewilligungen F und N).

**Daniel Gelzer: Diese letzteren 16 Prozent bringen wohl zum grossen Teil traumatische Erfahrungen mit.**

Heimberg: Das ist richtig. Von den Diagnosen her können wir darauf schliessen, dass in dieser Gruppe fast ein Drittel an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) leidet. Insgesamt zeigt sich bei über 7% der ausländischen Patientinnen und Patienten eine PTSD im Vergleich zu weniger als 1% der schweizerischen.

Einschränkend muss gesagt werden, dass in der Behandlung von Asylsuchenden bzw. Patientinnen und Patienten aus einem Herkunftsland mit einer Bevölkerung, welche von Krieg, Folter und Verfolgung gequält ist, immer die Gefahr besteht, die Häufigkeit von PTSD zu überschätzen, während dem andere

Störungen und Probleme eher unterbewertet werden.

Es gibt durchaus Patientinnen und Patienten, welche bereits vor ihrer Migration an einer anderen psychischen Störung erkrankt sind als an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Beziehungsweise solche, welche bereits vor einer Traumatisierung z.B. durch Folter an einer psychischen Störung litten. Gleichzeitig gibt es einen grossen Teil an

ist allerdings nicht der einzige entscheidende Faktor für den Umgang damit. Entscheidend ist auch, als wie sinnhaft ein Mensch ein potentiell traumatisierendes Ereignis erlebt, wie er es in seinen Lebenszusammenhang einfügen kann. Ebenfalls ganz wichtig ist, ob der betroffene Mensch vorher auch schon traumatisierende Ereignisse erlebt hat und wie sein Gesundheitszustand vorher war. Die besten Voraussetzungen zur Ver-

Heimberg: Die Suche nach Schuldigen verbunden mit entsprechender Sühne ist einem Reflex ähnlich bei jeglichen Ereignissen zu beobachten. Beispielsweise dreht sich auch nach Erdbeben und anderen Naturkatastrophen die Diskussion sehr oft um ein Missmanagement und Korruption im Bauwesen. Eine grosse Rolle bei der Verarbeitung spielt auch, ob jemand als einzelner Mensch von einem Trauma betroffen wurde oder ob es sehr viele Betroffene gibt, wie etwa bei einem Erdbeben. Gemeinsam getragenes Leid, öffentlich organisierte Rituale in Gruppen, Gedenktage können Opfern bei der Verarbeitung des Erlebten helfen, währenddem sich ein einzelner betroffener Mensch isoliert und einsam fühlen kann.

**Spöndlin:** Ist die Anteilnahme nicht grösser, wenn nur wenige betroffen sind? Bei einer Massenkatastrophe kann der oder die einzelne mit weniger Aufmerksamkeit rechnen.

Svejda: Man darf die Bedeutung der Anteilnahme nicht überschätzen. Meistens wird nur in einer ersten Zeit Anteil genommen. Nach einem Jahr zum Beispiel kann es den nicht Betroffenen auch nur mehr lästig sein, wenn sie sich schon wieder etwas vom traumatisierenden Ereignis anhören müssen.

Heimberg: Auch wenn es eine Anteilnahme gibt, bleibt der Einzelne oftmals alleine mit den Folgen des Traumas zurück, sei es weil Dritte nicht wissen, wie sie einem traumatisierten Menschen begegnen sollen, weil ihnen die Kenntnisse von möglichen Traumafolgen fehlen oder weil sie sich schlicht nicht mehr dafür interessieren. Nach einem Trauma können scheinbar ganz alltägliche Situationen an die Traumatisierung erinnern und massive Ängste auslösen – dass ein traumatisierter Mensch sich in Angst auslösenden Situationen beispielsweise in die Hose macht, will meistens niemand hören.

Svejda: Wenn der Betroffene über so was spricht, riskiert er, dass sich seine Freunde von ihm abwenden.



**Gemeinsam getragenes Leid, öffentlich organisierte Rituale in Gruppen, Gedenktage können Opfern bei der Verarbeitung des Erlebten helfen, währenddem sich ein einzelner betroffener Mensch isoliert und einsam fühlen kann. Daniela Heimberg**

Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, die hier vor allem als depressiv oder mit einer Schmerzstörung, Somatisierungsstörung diagnostiziert werden und traumatische Erfahrungen in ihrer Kindheit gemacht haben.

**Spöndlin:** Bei Migrantinnen und Migranten denkt man ja meistens an Traumata durch Bürgerkrieg und Folter (*Man-Made Disasters, Man-Made Trauma*). Es gibt aber auch andere Traumata, die nicht nur bei Eingewanderten vorkommen. Und nicht alle Traumata sind durch Menschen verursacht. Es gibt auch die Traumatisierung durch Unfälle und Naturereignisse (*Natural Disaster*). Macht es einen Unterschied, ob ein Mensch durch eine von Menschen verursachte Gewalttat traumatisiert wurde oder beispielsweise durch eine Naturkatastrophe?

Heimberg: Durch menschliches Verhalten Traumatisierte sind in der Regel sehr schwer traumatisiert. Denn solche Traumata erschüttern das Vertrauen in menschliche Beziehungen. Die Betroffenen haben oft Mühe, anderen Menschen wieder zu vertrauen. Ob ein Trauma von Menschen verursacht wurde oder nicht,

arbeitung eines Traumas hat, wer über viel soziale Unterstützung verfügt. Jeder Mensch reagiert individuell auf ein potentiell traumatisches Ereignis, je nach Bedeutung, welche ein Ereignis für den oder die Betreffende hat und welche Lerngeschichte er oder sie mitbringt.

**Spöndlin:** Oft suchen Angehörige von tödlich Verunfallten krampfhaft nach Schuldigen und setzen alles daran, diese vor Gericht zu bringen. Ich erinnere mich, wie Eltern junger Touristen, die beim Riverrafting im Saxetenbach ertrunken waren, vor der Fernsehkamera erklärten, sie könnten ihr Leid nur bewältigen, wenn die Tourveranstalter hinter Gitter wanderten. Offenbar kann es entlastend sein, Menschen für ein Trauma verantwortlich machen zu können. Wer in einem Bürgerkrieg oder durch politische Repression traumatisiert wird, kann sich unter Umständen sogar als Märtyrer fühlen.

Svejda: Kurzfristig kann es tatsächlich entlastend wirken, jemandem die Schuld für ein Trauma zuzuweisen. Ob sich solche Erlebnisse dadurch langfristig einfacher verarbeiten lassen, ist aber eine andere Frage.

Fortsetzung auf Seite 36

**Gelzer:** Wenn jemand Folter durchgemacht hat, kommt das Problem hinzu, dass die verantwortliche Regierung diese abstreitet. Sie behauptet, im betreffenden Land gebe es keine Folter. Der betroffene Mensch kann somit kaum darüber sprechen, ohne sich in Gefahr zu bringen. Und wenn er darüber spricht, glauben ihm viele nicht.

**Heimberg:** Was Folteropfer erlebt haben, ist überdies meistens mit viel Scham beladen. Etwa wenn ein Mann vergewaltigt oder sexuell gedemütigt wurde, wie etwa im berühmten Gefängnis Abu Ghraib im Irak. Deshalb können die Betroffenen oftmals erst recht nicht darüber sprechen und tabuisieren das Geschehen

**Svejda:** Viele Migranten stammen aus Kulturen, in welchen die Schamschwelle tiefer liegt und das Reden über Gewalt mit einem sexuellen Bezug noch viel weniger als bei uns in Frage kommt. Auch bei uns spricht man über derartige Dinge nur mit grosser Mühe. Nicht zufällig wählen Folterer häufig Methoden, die nicht nur Schmerzen und Todesangst verursachen, sondern das Opfer auch demütigen und beschämen.

**Heimberg:** Dazu kommen, wie erwähnt, oft Schuldgefühle. Opfer von Folter und anderen menschlichen Gräueln haben oft die Vorstellung, sie trügen eine Schuld daran. Durch ein anderes Verhalten hätten sie das Übel abwenden können.

**Spöndlin:** Kommen wir auf Erdbeben zurück. In letzter Zeit hatte ich mit dem Hilfswerk IAMANEH Kontakt, das in Haiti ein Projekt für Strassenmädchen aufbaute und deshalb in die dortige Erdbebenkatastrophe involviert wurde und sich nun auch bei deren Bewältigung engagiert (vg. Soziale Medizin 2.10 S. 16 f.). An einer IAMANEH-Veranstaltung habe ich gehört, dass die internationalen Helferinnen und Helfer in Haiti die Bevölkerung unter anderem über die Ursachen von Erdbeben aufklären mussten. Denn diese interpretiere das Geschehen mehrheitlich magisch und glaube, die Nachbeben seien eine Strafe von erzürnten Geistern und Göttern.

Um wieder handlungsfähig zu werden, ist es offenbar wichtig zu wissen, dass man ganz zufällig von einem Erdbeben betroffen wird, und sich nicht noch eine Schuld zuzuweisen. Andererseits finde ich gerade die Zufälligkeit und Unvorhersehbarkeit von Erdbeben beängstigend. Man kann nichts tun, um sie zu verhindern. Wenn erzürnte Geister dafür verantwortlich wären, könnte man diese wenigstens zu besänftigen versuchen.

**Svejda:** Die schlimmste derartige Katastrophe, die auch zahlreiche Menschen aus unserer Weltgegend betraf,



**Opfer von Folter und anderen menschlichen Gräueln haben oft die Vorstellung, sie trügen eine Schuld daran. Durch ein anderes Verhalten hätten sie das Übel abwenden können. Daniela Heimberg**

war der Tsunami Ende 2004 im indischen Ozean. Die dabei erlittenen Traumata sind teilweise noch präsent.

**Heimberg:** Erdbeben sind tatsächlich etwas ganz Unheimliches und irgendwie sinnbildlich für eine Traumatisierung. Ein Trauma kann man allgemein als ein „Erdbeben im Kopf“ umschreiben. Ein Erdbeben kommt plötzlich und unvorhersehbar. Es lässt keinen Stein auf dem andern, nichts ist mehr so, wie es war. Danach muss man jeden Stein nehmen und alles wieder von vorne aufbauen. Das ist eigentlich der Inbegriff eines Traumas und dessen Behandlung.

**Spöndlin:** Kommt bei einem von Menschen bewirkten Trauma nicht ein Gefühl von Entwürdigung hinzu? Es ist entwürdigend, dass es Menschen gibt, die sich erlauben, einem etwas so Schreckliches anzutun. Diese respektieren die Würde ihres Opfers nicht.

**Heimberg:** Das stimmt, darum zerstören von Menschen verursachte Traumata auch die Fähigkeit zu vertrauen. Wir erleben immer wieder, dass Betroffene von „Menschen gemachter Traumata“

Dolmetscher ablehnen, weil sie zutiefst misstrauisch sind, insbesondere natürlich gegenüber jemandem aus dem gleichen oder ähnlichen Kulturkreis, aus dem meist auch die Peiniger stammen. Letztlich ist es aber sehr individuell, wie jemand ein Trauma erlebt und verarbeitet. Allgemein gültige Antworten gibt es nicht.

**Gelzer:** Wer hierzulande durch einen Unfall oder eine Katastrophe traumatisiert wird, kommt in der Regel in den Genuss von Unterstützung. Bei schweren Unfällen und Verbrechen wird ein

Care Team herbei gerufen. Opfer von Folter oder Kriegsgräueln können eine derartige Unterstützung hingegen vergessen, weil ihnen offiziell ja gar nichts geschehen ist.

**Svejda:** Das stimmt, hierzulande gibt es Care Teams. Du, Daniela, gehörst ja auch einem solchen an.

**Spöndlin:** Kommen die EPD bei Katastrophen als Care Team zum Einsatz?

**Heimberg:** Nicht die EPD als solche. Als Mitarbeiterin des Kaders EPD gehöre ich aber dem Care Team des kantonalen Krisenstabs Basel-Landschaft an und komme bei schweren Unfällen und Katastrophen zum Einsatz. Ein solcher Fall, an den ich mich noch ganz genau erinnere, ist eine tragische Feuersbrunst am Weihnachtsabend vor ein paar Jahren in Binningen, als ein kleines Kind ums Leben kam

**Spöndlin:** Wer entscheidet in solchen Fällen, ob es ein Care Team braucht oder nicht? Ich habe auch schon von Fällen gehört, wo Angehörige eines Unfallopfers allein gelassen wurden.

**Heimberg:** Das entscheidet oft die Polizei oder eine örtliche Behörde. Da-





spöndlin | sozmedia

bei kommt es auch darauf an, ob die Betroffenen ein Bedürfnis danach äussern. Oft ruft die Polizei zuerst den Notfallpsychiater oder die Notfallpsychiaterin. Grundsätzlich sind die EPD nur für Notfälle bei Patientinnen und Patienten zuständig, die bei ihnen in laufender Behandlung stehen. Ansonsten sind die frei praktizierenden Psychiaterinnen und Psychiater zuständig, die gerade Notfalldienst haben, ausser es handelt sich um ein traumatisches Ereignis von grösserem Ausmass beziehungsweise mit mehreren Betroffenen, bei welchem eine spezielle Krisenorganisation zum Einsatz kommt.

**Gelzer:** Mich interessiert noch etwas anderes. Hier in den EPD bietet ihr offenbar Kurse an, wie sich Gesundheitsfachleute im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund vor einem ein Burn-out schützen können. Wie seid ihr dazu gekommen, und an wen richten sich diese Kurse?

Svejda: So bereichernd und spannend die Arbeit mit Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund auch ist, so anstrengend und herausfordernd kann diese Arbeit sein. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es gerade für junge Therapeuten sehr belastend sein kann, dass sie mit Migranten sehr

selten zu einem sichtbaren Erfolg kommen. Damit wollen wir uns auseinander setzen.

**Spöndlin:** Was ist denn so belastend bei der Arbeit mit Migranten?

Svejda: Die Fragestellung ist meistens sehr komplex. Es gibt nicht nur eine Diagnose, sondern ein vielfältiges Geflecht von Problemen. Dazu kommt das triadische Setting, die Zusammenarbeit mit einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher, was die Sache schwerfälliger und zeitintensiver macht. Patienten mit Migrationshintergrund verstehen unter Gesundheit und Krankheit oft etwas ganz anders als wir. Und das erfordert einen aufwändigen Verständigungsprozess, einschliesslich der Suche nach oder dem Aushandeln von Gemeinsamkeiten. Mit unserem biomedizinischen Wissen allein und unserem Anspruch auf aktive Mitwirkung bei der Therapie kommt man oft nicht weit.

Heimberg: Bei Therapien mit Migrantinnen und Migranten besteht oft ein Spannungsfeld zwischen somatischem und psychiatrisch-psychologischem Krankheitsmodell. Die Patientinnen und Patienten drücken psychische Probleme vielfach über körperliche Beschwerden aus. Die somatische Medizin sucht lange nach körperlichen Ursachen, findet nichts und teilt dies der Patientin beziehungsweise dem Patienten entsprechend mit. Dann schickt sie die Betreffenden zu uns. Diese verstehen nicht, warum, und wollen nicht wahrhaben, dass ihrem Leiden ein psychisches Problem zugrunde liegt. Das kann zu einem Seilziehen zwischen Patienten und Therapeuten führen, bei dem die eine „Seite“ die andere von ihrem Krankheitsmodell überzeugen will.

Svejda: Kulturelle Faktoren stehen zwar nicht im Fokus, aber ganz ausser Acht lassen kann man diese auch nicht. In einzelnen Kulturkreisen werden beispielsweise Beziehungsprobleme über körperliche Beschwerden ausgelebt. Eine Krankheit kann hier einen so genannten sekundären Krankheitsgewinn bringen, indem sie starres, traditionelles Rollenverhalten aufweicht. Ein Mann kann beispielsweise das Geschirr abwaschen, weil seine Frau krank ist. Wäre

sie das nicht, wäre das Abwaschen klar eine ihrer Alltagspflichten und für ihn kein Thema.

Heimberg: Hinter vielen Psychotherapiekonzepten stehen Bilder von sich selbst aktualisierenden Individuen, welche ihr Gesundsein aktiv beeinflussen. Die Psychotherapie geht oftmals von einem differenzierten, aktiv mitarbeitenden Patienten aus. Viele eher hilflose Menschen aus bildungsfernen Schichten - nicht nur solche mit Migrationshintergrund - überfordert das. Sie treten mit der Anspruchshaltung an uns heran: Mach mich gesund! Da wird es schwierig, eine gemeinsame Basis zu finden. Die Patientinnen und Patienten sind in ihrem Hoffen auf eine Gesundung hartnäckig und wünschen trotz Schwierigkeiten eine Fortsetzung der Therapie. Für die Therapeutin oder den Therapeuten ist dies öfters mit der frustrierenden Erfahrung verbunden, trotz langwieriger Therapie keine sichtbaren Erfolge zu erzielen.

Svejda: In der Arbeit mit Migrantinnen fehlt es oft an den erhofften Erfolgserlebnissen.

Gelzer: Die langen erfolglosen Abklärungen durch die somatische Medizin führen wohl dazu, dass sich die Betroffenen auf ihr Leiden versteift haben. Es findet da auch so etwas wie eine ‚iatrogene Somatisierung‘ statt. Wenn man dann diese Menschen zu einem psychiatrischen Dienst schickt, fühlen sie sich erst recht nicht ernst genommen? Dieses Problem stellt sich aber auch bei Schweizerinnen und Schweizern und ist nicht migrationsspezifisch. Müssen wir da nicht aufpassen, dass wir medizinische Probleme nicht ‚kulturalisieren‘?

Svejda: Das stimmt, es ist schichtspezifisch, nicht migrationsspezifisch. Aktuell verfolgt die Psychiatrie ja den transkulturellen Ansatz.

Heimberg: Auch hierzulande finden sich Menschen, die dazu neigen, psychische Probleme somatisch auszudrücken. Unsere Sprache zeugt von solchen „Somatisierungen“. Etwa wenn man sagt, es sei einem etwas „über die Leber gekrochen“.

Gelzer: Ich erlebe in meiner Praxis Schweizer aus der Unterschicht ähnlich

wie Migrantinnen. Auch sie haben oft wenig Verständnis dafür, dass sie nach einer Operation selbst etwas zu ihrer Rehabilitation und Aktivierung beitragen sollten. Die grosse Belastung ist wohl die Häufigkeit von Patienten mit dieser Problematik, die mehrheitlich Migrantinnen sind.

Spöndlin: Kommt es bei euch auch vor, dass eine Therapeutin findet, sie habe wieder einmal einen „pflegeleichteren“ Patienten zugute, sie habe schon so viele schwierige behandelt?

Svejda: Genau, bei informellen Gesprächen kann man solche Äusserungen hören. Sie sind natürlich nie ganz ernst gemeint, zeugen aber von einer gewissen Sättigung. Zwar sind alle gern bereit, Migrantinnen zu behandeln - gemäss unserem Institutions-Motto „Mainstreaming Migration“. Irgendwann fragen sie sich aber, ob es nicht zu viele sind, ob die „Vielfältigkeit oder Ausgewogenheit des Patientenverhältnisses“ noch stimmt.

Heimberg: Viele Migrantinnen und Migrantinnen haben jahrelang schwere körperliche Arbeit verrichtet, haben keine berufliche Entwicklungsperspektive und leiden oft unter finanziellen Belastungen. Da staut sich natürlich Manches auf. Die Betroffenen können nicht mehr arbeiten, was für die Therapierenden viel frustrierenden Versicherungskram und Administration mit sich bringt. Eine weitere Frustration liegt oft darin, dass der Entfaltungsspielraum für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zuweilen eng begrenzt ist: Für eine in ihrer Herkunftstradition stark verwurzelte Frau kommt es beispielsweise selten in Frage, sich von ihrem Mann zu trennen, auch wenn das gut für sie wäre.

Svejda: Und es gibt vereinzelt durchaus auch diejenigen, die ganz fordernd daher kommen und sagen: So, verschreib mir jetzt eine IV-Rente! Was es auch gibt, sind Frauen beispielsweise aus Asien oder Afrika, die mit einem Schweizer verheiratet sind und sich aus gesetzlichen Gründen - hinsichtlich ihres Aufenthaltsstatus - nicht von ihrem Mann trennen können, auch wenn das hilfreich wäre. Denn ihre Aufenthaltserlaubnis hängt von der Dau-

er der Ehe ab. Die so genannte „Heiratsmigration“ ist ja in der Forschung ein seit langem bekanntes Thema und nach wie vor aktuell.

Heimberg: Die Migration bringt gerade Frauen häufig in ausserordentlich belastende Situationen. Als Mutter frage ich mich oft, wie diese Frauen das aushalten. Da wandert beispielsweise zuerst der Mann aus der Türkei in die Schweiz aus. Frau und Kinder lässt er zunächst zurück. Nach einer gewissen Zeit reist er für die Ferien zurück und zeugt zusätzliche Kinder. Irgendwann zieht die Frau dann nach, lässt aber die kleineren Kinder bei einer Tante in der Türkei. Nach etlichen Jahren sind alle in der Schweiz wieder vereint. Aber es geht nicht gut, weil es ihnen an einer gemeinsamen Geschichte fehlt. Das Unwohlsein an dieser Situation äussert sich dann oft in körperlichen Leiden.

Gelzer: Nach meiner Erfahrung sind die meisten Menschen mit Migrationshintergrund gesund, wenn sie aus ihrem Herkunftsland aufbrechen und schliesslich hier ankommen. Sonst hätten sie gar nicht die Energie zur Auswanderung. Hier stehen sie aber unter einem enormen Druck ihrer Herkunftsfamilie, Geld nach Hause zu schicken. Solange sie alleine hier sind, geht das meistens noch. Sind dann auch Frau und Kinder da, geraten sie in Engpässe. Im Herkunftsland stellt sich die Familie aber vor, hier sei es ganz einfach, sehr viel Geld zu verdienen, und erwartet Geldüberweisungen. Diese einzustellen, käme dem Eingeständnis gleich, die Migration sei gescheitert. Und das wäre mit einem enormen Gesichtverlust verbunden. Aus diesem Grund erzählen die Migrantinnen im Herkunftsland auch, es gehe ihnen hier ausgezeichnet, und leisten damit Illusionen über die Migration Vorschub bzw. halten die „Mär vom glücklichen Auswandern“ aufrecht.

Svejda: Das ist eine enorme Belastung, die fast zwangsläufig zu körperlichen und psychischen Störungen und somit zur Erkrankung führt. Deshalb begrüsse ich die Strategie des Bundesamts für Gesundheit, das gesundheitliche Chancengleichheit durch die Schaffung einer Ressourcengesellschaft fördern will.



**Spöndlin:** Kommen wir nochmals auf das Thema Gewalt im weitesten Sinne zurück. Viele eurer Patientinnen und Patienten sind wohl Gewaltopfer.

Svejda: Viele der Menschen mit Migrationshintergrund sind Opfer in irgendeiner Art, sei es von struktureller Gewalt (Staat, Politik), sei es von häuslicher Gewalt - letztere ist bei uns ein Offizialdelikt. Unter den vielen Opfern gibt es aber auch Täter, die möglicherweise erst im geschützten Rahmen der Psychiatrie über ihre Taten berichten.

**Spöndlin:** Menschen also, die nicht vor Verfolgung hier her geflohen sind, sondern selbst Kriegsgräuelt begangen haben?

Heimberg: Solche Menschen gibt es. Sie sind häufig sowohl Täter als auch Opfer. Zum Teil handelten sie unter Befehlen, welchen sie sich nicht zu widersetzen wagten, oder aufgrund sozialer Bindungen. Der Täterthematik bin ich persönlich jedoch seltener begegnet. Sie fällt insbesondere in den Bereich des Schwerpunkts Forensik an unserem Dienst.

Svejda: Wenn ich von Tätern rede, denke ich vor allem an Männer, die häusliche Gewalt ausüben.

Heimberg: Mit dem Thema der häuslichen Gewalt sind alle unserer Therapeutinnen und Therapeuten fast regelmäßig konfrontiert. Eine klare Haltung und Grenzsetzung diesbezüglich ist meines Erachtens zentral – auch wenn dies den Gewohnheiten entgegensteht, welche die Patienten teils mitbringen.

**Gelzer:** Wenden sich Menschen mit Migrationshintergrund wegen häuslicher Gewalt von sich aus an die EPD?

Svejda: Nein, meistens kommen die Problemlagen der Gewaltthematik erst im Laufe der Therapie ans Licht.

Heimberg: Die meisten Migrantinnen und Migranten kommen wegen Schmerzen oder „Stress“ zu uns, etwa weil sie nicht mehr arbeiten können. Im Laufe der Zeit stösst man dann auf weitere Probleme. Und dann äussern Patienten manchmal, dass sie hin und wieder zuschlagen, wenn es ihnen zuviel werde. Insbesondere bei traumatisierten Männern ist Gewalt nicht selten. Viele Trau-



“

**Was es auch gibt, sind Frauen beispielsweise aus Asien oder Afrika, die mit einem Schweizer verheiratet sind und sich aus gesetzlichen Gründen - hinsichtlich ihres Aufenthaltsstatus - nicht von ihrem Mann trennen können, auch wenn das hilfreich wäre. Lenka Svejda**

maopfer sind depressiv, leicht reizbar, sie stehen unter vielen Belastungen. Wenn die Kinder dann beispielsweise etwas laut sind, ertragen sie das nicht und rasten aus. Das therapeutische Ziel bei diesen Männern ist Entlastung. Der Teufelskreis von Belastung und häuslicher Gewalt ist übrigens nicht eine Spezifität von Migranten. Nur ist es so, dass

diese überdurchschnittlich oft unter einer hohen Belastungen stehen und auch aus ihrem Herkunftsland oft schwere Traumata mitbringen.

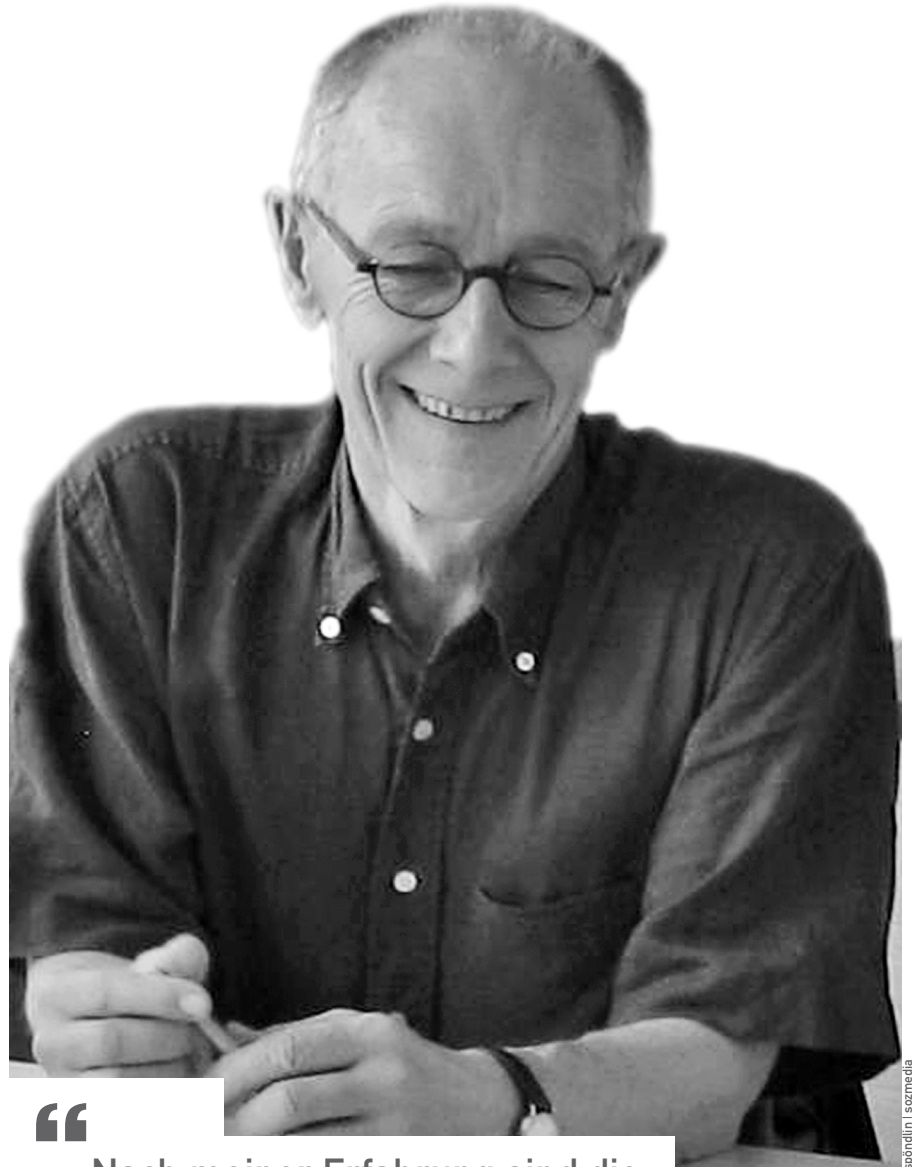
Svejda: Gewalt ist in einer therapeutischen Beziehung allseits ein unangenehmes Thema. Man spricht es nicht gerne an. Als Sozialwissenschaftlerin und Lei-

terin der Patientenstatistik an den EPD finde ich es deshalb wichtig, dass wir die Thematik auch quantitativ erheben und dokumentieren können. Die Zahlen (2009) sprechen für sich: 27 Prozent all unserer Patienten hat bereits Gewalt erlebt, davon 92 Prozent als Opfer und 23 Prozent als Täter, teilweise überschneidend, also sowohl als auch. Es ist wichtig diese Angaben zu erfassen und insbesondere auch ein Auge auch die Thematik der häuslichen Gewalt zu haben - wir haben ja an dieser Stelle auch schon darüber berichtet. Nicht zuletzt sind wir ja eine Ausbildungsinstitution für Psychologen und Assistenzärzte. Deshalb müssen wir die Bedeutung solcher Themen vermitteln.

**Gelzer: Zum Schluss, welche Verbesserungen wünscht ihr euch?**

Svejda: Wichtig wäre die künftige Sicherung der finanziellen Mittel beispielsweise für das Übersetzen. Dafür kommen die Krankenkassen ja nicht auf. Die EPD beziehungsweise der Kanton bezahlt dies aus eigenen Mitteln. Wir beanspruchen verhältnismässig viele Dolmetscherdienste, die wir meistens vom HEKS (Linguadukt) beziehen. Angesichts der finanziellen Knappheit und der neuen Regelung der Spitalfinanzierung ist es nicht ganz selbstverständlich, dass die Mittel für das Dolmetschen im gleichen Ausmass weiter fliessen. Ohne sprachliche Verständigung ist aber Psychotherapie nicht möglich. Deshalb können wir unseren Therapieauftrag ohne die Übersetzungsdienste und die notwendigen Mittel dazu nicht erfüllen. Wir tragen damit auch zu Integrationsleistungen bei, die aber nirgends ausdrücklich festgeschrieben sind. Diese Integrationsaufgaben kann man aber auch nicht einfach ausgliedern. Das sogenannte ‚Mainstreaming Migration‘ ist für unseren Dienst unabdingbar und sollte entsprechend anerkannt werden. Dazu braucht es natürlich einen entsprechenden politischen Willen.

Heimberg: Wir leisten tatsächlich viel wertvolle Integrationsarbeit für Migrantinnen und Migranten. Dazu sind wir in der Lage, weil wir gut vernetzt sind, etwa mit den Gemeinden. Ich wünsche mir, dass das nicht verloren geht. Es handelt sich dabei um Aufgaben im gesamtgesellschaftlichen Interesse, die



“

**Nach meiner Erfahrung sind die meisten Menschen mit Migrationshintergrund gesund, wenn sie aus ihrem Herkunftsland aufbrechen und schliesslich hier ankommen. Sonst hätten sie gar nicht die Energie zur Auswanderung. Hier stehen sie aber unter einem enormen Druck ihrer Herkunftsfamilie, Geld nach Hause zu schicken. Daniel Gelzer**

unter die Räder kommen könnten, wenn man uns nur die im Krankenversicherungsgesetz vorgesehenen Mittel zugesteht. Aber ohne diese Integrationsleistungen können wir unseren Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund keine Gesundung ermöglichen. Wir brauchen nicht neue Konzep-

te und Angebote, sondern wir müssen unsere bestehenden umsetzen, weiterentwickeln und vor allem bewahren.

Gelzer und Spöndlin: Daniela Heimberg, Lenka Svejda, besten Dank für dieses Gespräch.