

Çiğerim yanyor – Meine Leber brennt

Sprache und Kultur in der systemischen Familienmedizin

Angela Eberding, Arist von Schlippe

Zusammenfassung

Die Gesundheitsberatung von MigrantInnen ist oftmals mit einer großen Komplexität verbunden und stellt damit spezifische Anforderungen an das medizinische und psychosoziale Personal. Wenn Kommunikations- und/oder Kooperationsprobleme nicht einseitig als „mangelnde Compliance“ der PatientInnen nicht-deutscher Herkunft interpretiert werden sollen, muss in der Kommunikation eine gemeinsame und gleichberechtigte Konstruktion der Bedeutungen von Krankheit und Krankheitsprozessen erreicht werden. In diesem Beitrag werden systemische Interventionen beschrieben, die es ermöglichen, die jeweils kulturspezifischen Bedeutungen von Krankheit und von Behandlungsmaßnahmen zu erfragen, zu reflektieren und sich darüber auszutauschen.

In den Institutionen des deutschen Gesundheitswesens, wie in der deutschen Gesellschaft überhaupt, begegnen sich Menschen mit vielen unterschiedlichen kulturellen Wurzeln und Sprachen. So leben heute – im Jahr 2000 – ca. 2 050 000 Menschen mit einem türkischen Pass in unserem Land und ca. 300 000 bis 350 000, die türkischer Herkunft sind, aber inzwischen einen deutschen Pass besitzen.

MigrationsforscherInnen und in der Praxis tätige BeraterInnen und TherapeutInnen sind sich darin einig, dass es auch fast 40 Jahre nach dem Anwerbeabkommen mit der Türkei Kulturdifferenzen und Sprachprobleme in Deutschland gibt. Schrader u. a. gingen 1976 noch davon aus, dass sich spätestens zum Ende des Jahrtausends die „zweite Generation“ der MigrantInnen in Deutschland so akkulturiert (= assimiliert) haben würden, dass es keine Kulturunterschiede und keine Sprachbarrieren mehr geben würde.

Abgesehen davon, dass heute nicht mehr die Akkulturation vordringliches Ziel der Ausländerpolitik ist und auch die Migrationsforschung ihren Schwerpunkt eher auf die Frage verlegt hat, wie verschiedene Kulturen einander bereichern können, ist deutlich, dass sich die AutorInnen mit ihrer Einschätzung geirrt haben. Rassismus, unzureichender Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen (z. B. Bildung, Arbeits- und Wohnungsmarkt) sowie mangelnde Möglichkeiten der Partizipation am gesellschaftlichen und politischen Leben haben eher zu einer Gettoisierung denn zu einer gleichberechtigten Teilnahme am politischen und gesellschaftlichen Leben von deutschen und nichtdeutschen BürgerInnen geführt.

1976 war sicherlich weder der Einfluss der türkischen Sprache und Kultur durch das türkische Fernsehen absehbar (das mit dem Aufkommen der „Satellitenschüssel“ eine zentrale Rolle im Medienkonsum der türkischen Haushalte spielt) noch die Tatsache, dass so viele MigrantInnen der zweiten oder dritten Generation eine Ehe mit einem Mann oder einer Frau schließen, die in der Türkei aufgewachsen sind und nach der Heirat die Heimat verlassen (Heiratsmigration).

Einheimische Professionelle im Gesundheitswesen treffen daher weiterhin auf kleine und große PatientInnen und deren Angehörige, die tief in ihrer Herkunftskultur verwurzelt sind und/oder deren Sprachkenntnisse für eine adäquate Kommunikation in der deutschen Sprache nicht ausreichen.

MigrantInnen türkischer Herkunft im deutschen Gesundheitswesen

Allgemein scheint es ein Risikofaktor für die Gesundheit zu sein, als Mensch eine andere Muttersprache als die deutsche zu haben. Ein Beispiel aus jüngster Zeit: Die Neue Osnabrücker Zeitung veröffentlichte am 21. August 2000 einen Artikel unter dem Titel „Kein Herz für Türkin“. Darin hieß es u. a.:

„Wegen fehlender Deutschkenntnisse hat die Spezialklinik Bad Oeynhausen einer schwer kranken Türkin die Aufnahme in die Warteliste für Herztransplantationen verweigert. ... Ob ein herzkranker Mensch auf die Warteliste gesetzt werde, hänge auch von den Erfolgsaussichten der Behandlung ab. Und die Erfahrung zeige, dass große Sprachdefizite die lebenswichtige Nachbetreuung der Patienten häufig blockiere.“

Diese Berichterstattung macht deutlich, dass die Behandlung und Betreuung von PatientInnen nichtdeutscher Herkunft im weitgehend monokulturell organisierten deutschen Gesundheitssystem oft als schwierig oder gar unmöglich eingeschätzt werden (siehe hierzu z. B. auch Özsel 1990, Korporal 1995, Sastimdur 1995, Zimmermann 1996). Um ein weiteres Beispiel zu nennen: In einer Studie, in der Häufigkeit, Schweregrad und Behandlung bei deutschen und türkischen Schulkindern mit Asthma bronchiale verglichen wird, kommen die Autoren zu folgender Aussage: „Türkische Kinder mit Asthma bronchiale waren seltener beschwerdefrei, fehlten häufiger in der Schule und mussten wegen Asthma bronchiale wesentlich häufiger stationär im Krankenhaus oder auf einer Intensivstation behandelt werden.“ (Kabesch et al. 1999, S. 330).

Neben Sprachschwierigkeiten werden von einheimischen Professionellen die mangelhafte Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und auch die fehlende bzw. mangelhafte „Compliance“ von nichtdeutschen PatientInnen für deren schlechteren Gesundheitszustand verantwortlich gemacht. So beklagen sich ÄrztInnen und Pflegepersonal in Kinderkliniken und -praxen häufig, dass Eltern türkischer Herkunft sich nicht an die Diätvorschriften halten, wie z. B. in dem folgenden Beispiel aus meiner eigenen Arbeitspraxis:

Der 14-jährige Timur leidet seit Jahren an einer Glycogenose Typ 1b mit krankheitsbedingtem Minderwuchs und Adipositas. Die Diät, die die Erkrankung erfordert, wird von Timur nicht eingehalten.

Timur ist der jüngste der vier Kinder der Familie. Die Eltern sind in einem Dorf in Mittelanatolien aufgewachsen, der Vater hat die fünfjährige Pflichtschule besucht und ist 1972 nach Deutschland migriert. Seine Frau ist Analphabetin und ihrem Mann gefolgt. Die Kinder sind alle in Deutschland geboren. In der Familie herrscht eine dörflich-traditionelle Rollenteilung, in der sich alle eingerichtet haben. Die geringen Deutschkenntnisse der Mutter haben bei allen Gesprächen mit dem behandelnden Arzt eine Übersetzung erfordert, die entweder vom Ehemann oder von dem ältesten Sohn geleistet wurde. Aufgrund von Sprachbarrieren sowie der geringen Kenntnisse der Mutter über Körperfunktionen und Funktionsstörungen hat die Mutter die Notwendigkeit einer Diät ihres Sohnes nicht verstanden. Ihr Krankheitsverständnis und ihre traditionelle Vorstellung einer guten Mutter verboten es ihr, ihrem jüngsten Sohn weitere Einschränkungen (Diät) zuzumuten. Im Gegenteil, da sie für die Essenszubereitung zuständig ist, verwöhnt sie ihren kranken Jüngsten mit Süßem. Statt ihn bei der Einhaltung seiner Diät zu unterstützen, wählt sie eine für die türkische Kultur typische Zuwendungsform: das orale Verwöhnen.

Nicht nur ethische, auch gesundheitspolitische Gründe sprechen dafür, allen erkrankten Menschen eine gleich adäquate und optimale Behandlung und Beratung zukommen zu lassen. Bei PatientInnen nichtdeutscher Herkunft kann dies spezifische Anforderungen an das medizinische, pflegerische und psychosoziale Personal stellen.

Sprechen über Krankheit

Von Schlippe et al. weisen in verschiedenen Veröffentlichungen immer wieder darauf hin, welche wichtige Rolle die Sprache und das Sprechen über Krankheiten bei der aktiven Auseinandersetzung mit einem Krankheitsprozess aus systemischer Sicht spielen (v. Schlippe 1999; v. Schlippe, Theiling 1997; Eberding, v. Schlippe 2000; Theiling et al. 2000). Was als körperliche Krankheit erlebt wird, wird durch die Benennung als „Krankheit“, durch den Akt der Versprachlichung (auch) eine soziale Konstruktion. „Über Krankheit wird nachgedacht, über Krankheit wird gesprochen, wird kommuniziert.“ (Theiling et al. 2000, im Druck). Ein kranker Mensch spricht einerseits mit sich selbst über seine Krankheit und andererseits gemeinsam mit anderen, mit FreundInnen und Familienangehörigen und mit den MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens. In dem Moment aber, in dem über Krankheit kommuniziert wird, kommt das soziale Bezugssystem ins Spiel, geht es nicht mehr nur um den sozialen Austausch, sondern wir gelangen in den Bereich von psychischen und sozialen Prozessen in psychischen und sozialen Systemen.

Erwartungserwartungen

Wenn die Dynamik zwischen BehandlerIn und PatientIn bzw. Patientenfamilie unter dem Gesichtspunkt von Kommunikation gesehen wird, dann rückt die Frage in den Blick, wie Kommunikation als gemeinsame Konstruktion von Bedeutung zwischen den InteraktionspartnerInnen abläuft. Das zukünftige Verhalten im Interaktionsprozess ist oft ein Resultat

aus gegenseitigen Einschätzungen und Interpretationen, also aus Erwartungen und „Erwartungserwartungen“ (Luhmann 1984, S. 411 ff., für die Praxis auch: Eberding, v. Schlippe 2000). Diese Erwartungskonstruktionen basieren oftmals auf stereotypen Bildern und Vorannahmen, insbesondere wenn die InteraktionspartnerInnen unterschiedliche kulturelle Wurzeln haben. Zu „Mythen“ verdichtet führen sie zu Missverständnissen. Diese misslungene Kooperation wird oft vorschnell „entdialektisiert“ und erscheint als „Non-Compliance“. An dieser Stelle soll ein solcher „typischer“ Mythos in seiner Zirkularität zitiert werden.

Er lautet:

- **„MigrantenpatientInnen sind weniger compliant als deutsche Patienten,** sie halten sich z. B. nicht an Diätvorschriften für ihr Kind, bringen immer ihr Essen von zu Hause mit oder füttern es mit anderen ungesunden, gar schädlichen Dingen wie Pommes frites, Chips, Schokolade ...“
- MigrantenpatientInnen und ihre Familien werden sprachlich oft entweder massiv über- oder unterfordert. Manchmal sehen sie sich einem „Medizinerdeutsch“ gegenüber, bei dem im besten Fall noch von „Zucker“ statt „Kohlenhydraten“ gesprochen wird. Auch viele einheimische Patienten verfügen oft nicht über ein Körperfunktionswissen und einen Wortschatz, wie er vorausgesetzt wird. Werden die Ausführungen und Erklärungen dann nicht verstanden, fragen die Familien noch einmal nach und bekommen nicht selten den Sachverhalt ähnlich kompliziert noch einmal erklärt. Spätestens nach der zweiten Nachfrage kann es dann passieren, dass BehandlerInnen auf ein Sprachniveau überwechseln, das von türkischen PatientInnen gern als „Tarzanisch“ bezeichnet wird (im Sinne von: „Ich Tarzan, du Jane“). Überspitzt, aber durchaus real etwa so: „Dein Kind sehr krank, darf keine Süßigkeiten essen, du jeden Tag hier her kommen!“ Um dies zu vermeiden, nicken viele MigrantInnen nach dem ersten, spätestens nach dem zweiten Erklärungsversuch freundlich, um allen am Gespräch Beteiligten Peinlichkeiten und Ärger zu ersparen. Im Sinne der oben erwähnten Zirkularität passt hier auf Seiten der Familien ein anderer Mythos. Er lautet:
- **„Widersprechen ist unhöflich!“**
- Der höfliche Umgang mit Fremden und mit Autoritätspersonen ist für viele Kulturen typisch. „Man“ nickt höflich. Doch es kann auch Scheu vor der als übermächtig erlebten Autorität des Gegenübers sein oder eine Kette von Erfahrungen mit vergeblichen Versuchen, sich verständlich zu machen, was dazu führt, dass nicht (mehr) nachgefragt wird, wenn etwas nicht verstanden wurde, nicht mehr aufgebeht wird, wenn man mit etwas nicht einverstanden ist. Ein Mythos, der dann auf Seiten der Behandler letztlich zum Bild der mangelnden Compliance führen kann, lautet:

■ **„Wer freundlich nickt, der hat verstanden.“**

Abgesehen davon, dass es ja tatsächlich sein kann, dass ein Arzt nicht immer weiß, was für ein Kind gut ist, kann es sein, dass trotz freundlicher Gesten nicht viel oder zumindest nicht alles verstanden worden ist. Und damit kann – hier wieder bezogen auf das Beispiel „Diät“ – ein weiterer Mythos der Familie wirken:

■ **„Je besser, ggf. auch je fetter ich mein Kind ernähre, desto mehr Sorge ich für seine Gesundheit.“**

Dies ist keine Einstellung, die für Familien aus der Türkei typisch ist, sie ist vielmehr typisch für Menschen, die den Mangel kennen: Auch für „unser Oma“ war ein Essen erst mit dem Stich Butter gut. Und dann wird z.B. eine gute türkische Mutter oder Großmutter auch gegen die Verbote der Behandler das Kind mit den guten „Olivenöl-speisen“ oder Süßigkeiten verwöhnen, offen oder heimlich. Und damit ist der Zirkel geschlossen: MigrantpatientInnen „sind“ eben weniger compliant (weitere Beispiele in Eberding, v. Schlippe 2000).

Aus systemischer Sicht kann ein solcher Zirkel von Erwartungserwartungen durchbrochen werden, wenn durch einen Kommunikationsprozess eine gemeinsame Konstruktion von Bedeutungen bzw. eine „angemessene Gegenstandsrekonstruktion“ erreicht wird. Dazu gehört der gleichberechtigte Austausch verschiedener Positionen und Einschätzungen, die einerseits aus unterschiedlicher beruflicher Ausbildung und Erfahrung resultieren (Psychologie, Pädagogik, Medizin, Pflege) und andererseits aus unterschiedlichen kulturellen Wurzeln.

Krankheit und kulturelle Muster

Wenn die Bedeutung von Krankheit sozial vermittelt wird, diese Bedeutung aber entscheidenden Einfluss darauf hat, wie die Krankheit erlebt und wie damit umgegangen wird, dann muss der zentrale Punkt multikultureller Beratungskonzepte darin bestehen, die jeweils kulturspezifische Bedeutung von Krankheit und von Behandlungsmaßnahmen zu erfragen, zu reflektieren und sich darüber auszutauschen.

Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden:

Bilder und Vorstellungen vom Körper können in den unterschiedlichen Kulturen verschieden sein. So spielt die Leber in der türkischen Vorstellung eine andere Rolle als in der deutschen. „Ciğerim yanıyor“ (wörtlich übersetzt „meine Leber brennt“) ist ein Ausdruck für einen starken psychischen oder physischen Schmerz und „ciğerimin köşesi“ (wörtlich übersetzt „meine Lebercke“) ist ein ausgesprochen zärtlicher Kosenamen, ähnlich unseren deutschen „Herzchen“.

Ein anderes Beispiel: In der deutschen Vorstellung ist das Herz die Körpermitte (deutlich auch in dem Bild von Salat- oder Artischockenherzen). Im Türkischen dagegen ist der Nabel die Mitte (z. B. auch des Salates oder der Artischocke), aber auch als Mittelstück des Gartens (bahçenin göbeği) oder der Stadt (sehrin göbeği). Und so wie uns vor Schreck auch schon einmal „das Herz in die Hose“ rutschen kann, so gibt es in der Volksmedizin der Türkei die Vorstellung des gefallenen Nabels (göbek düşmesi) als eine mögliche Ausdrucksform von Krankheit, Leid und/oder Überforderung. Der Nabel als Zentrum des Körpers hat seine normale Lage verändert – er ist gefallen, was meist zu Bauchschmerzen, aber auch zu anderen multiplen Beschwerden wie Übelkeit, Müdigkeit, Kopfweg, Rückenschmerzen, Schwäche etc. führen kann. Diese Ausdrucksform wird innerhalb der Gemeinschaft interpretiert, verstanden und mit spezifischen Behandlungsformen therapiert. Damit ist die Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens legitimiert, in der Rekonvaleszenzzeit muss sich der kranke Mensch ausruhen. In westlichen Gesundheitssystem wird diese Form der Erkrankung nicht verstanden und dementsprechend „falsch“ interpretiert und behandelt (siehe hierzu: Koen-Emge 1988; Schepker, Eberding 1995).

Kontext- und Kultursensibilität

Im Regelfall gehören professionelle MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen der deutschen Majorität an und sind (auch beruflich) weitgehend monokulturell sozialisiert. Die Vermittlung von MigrantInnensprachen oder kulturellem Hintergrundwissen gehören nicht zur Regelausbildung von ÄrztInnen, PsychologInnen, PädagogInnen oder des Pflegepersonals. Die Kontext- und Kultursensibilität der BehandlerInnen bzw. TherapeutInnen ist jedoch eine notwendige Voraussetzung des gleichberechtigten Austauschs im Behandlungsprozess von PatientInnen, die einer kulturellen Minoritätengruppe angehören. Dies bedeutet z. B., unterschiedliche Regeln zu achten, ohne sich ihnen zu unterwerfen. Im Krankenhaus gibt es immer (mindestens) zwei Kulturen: diejenige der PatientInnen (seien sie erwachsen oder Kinder) und ihrer Familien auf der einen und die der Institution auf der anderen Seite. Jede Familie hat ihre eigene Kultur und die gilt es kennen zu lernen. Unumgänglich ist dazu eine Haltung von Offenheit und Neugier. Um nicht in die Gefahr des oben beschriebenen Teufelskreises von Mythen zu geraten, empfehlen wir, möglichst genau nachzufragen, nach Körperbildern, biologischem Körperwissen bzw., was notwendig ist, um z. B. eine diätetische Maßnahme zu verstehen. Hier können Bilder und biologische Atlanten mit einbezogen werden, man kann malen, in Bildern sprechen. Als Beispiel:

Die Funktion von Blut kann mit einer Eisenbahn erklärt werden, deren verschiedene Wagen unterschiedlich Nährstoffe dahin transportieren, wo sie gebraucht werden, und Schadstoffe zu verschiedenen Deponien (Leber, Niere, Lunge) abtransportieren, wo sie entsorgt werden. Hier können didaktische Anregungen aus bestehenden familien- und verhaltensmedizinischen Konzeptionen aufgegriffen werden, wie sie z.B. im Osnabrücker Asthmaschulungsprogramm „Luftiku(r)s“ (siehe Theiling et al. 1992; Könnig et al. 1997; Brockmann, Wegner 1997) entwickelt wurden.

Wenn es gelingt, grundsätzlich von der Kooperationsbereitschaft auch der nichtdeutschen PatientInnen und ihrer Familien auszugehen, dann kann scheinbar sinnloses oder chaotisches Verhalten nachvollziehbar werden. So kann es vielleicht sogar möglich werden, beispielsweise eine hinter der Verwöhnung stehende liebevolle Haltung statt als Non-Compliance als Ressource zu erkennen, anzusprechen und wertzuschätzen. Als z. B. das Verhalten von Timurs Mutter (aus dem ersten Beispiel) als Versuch verstanden werden konnte, die Lebensqualität ihres kranken Kindes zu verbessern, konnte mit ihr gemeinsam überlegt werden, wie sie ihn verwöhnen kann, ohne seine Gesundheit zu gefährden. Das Motiv der Liebe und Fürsorge für das kranke Kind konnte auf diese Weise seine Würdigung erfahren. Wenn die Notwendigkeit der Einhaltung einer bestimmten Diät verstanden ist, kann dann mit den Eltern gemeinsam überlegt werden, wie das Kind liebevoll verwöhnt werden kann, ohne dass dies den Heilungsprozess hindert.

Vorurteile und stereotype Bilder

Kontext- und Kultursensibilität heißt auch, sich der eigenen Vorurteile und stereotypen Bilder bewusst zu sein. Vorurteile zu haben, ist nicht das Problem, wichtig ist, sich ihrer bewusst und zunehmend sensibler für ihre Herkunft zu werden. Das Wissen z. B. über „die türkische Familie“ stammt oftmals aus Alltagspresse, Belletristik, aber auch Fachliteratur, in der stereotype Bilder eher transportiert und gefestigt als in Frage gestellt werden.

MigrantenpatientInnen mit unreflektierten Stereotypen im Kopf zu beraten, ist mehr als problematisch. Handlungsmöglichkeiten und Problemlösestrategien werden damit eingengt statt erweitert (siehe hierzu z. B. Eberding 1998). Tatsächlich entsprechen die meisten Migrantenfamilien dem Stereotyp nicht oder nur zum Teil, und sie wehren (oder ärgern) sich zu Recht über Festschreibungen, vor allem, wenn diese mit einer Abwertung verknüpft sind. (Fişek, Schepker 1997).

Das bewusste Infragestellen von Stereotypen erleichtert es, den Patienten bzw. den Familien offen zu begegnen. Unsere Erfahrung aus der Supervision von BeraterInnen ist, dass die einfache Frage: „Worauf würden Sie achten, was würden Sie tun, wenn dies eine Familie wie jede andere wäre und keine Migrantenfamilie?“ schon wieder Handlungsspielräume eröffnen kann, denn sie befreit aus dem „Bann des Stereotyps“ und hilft, die Einzigartigkeit der Familien zu sehen.

Stereotype können dann sogar bewusst konstruktiv genutzt werden: „Wir Deutschen haben oft im Kopf, dass in Familien aus der Türkei der Vater mehr zu sagen hat als die Mutter. Ich weiß natürlich, dass nicht alle Familien gleich sind. Wie ist das bei Ihnen? Wann, wo hat der Mann, wann, wo die Frau mehr zu sagen? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Gesetzt den Fall, Sie würden es einmal umgekehrt probieren ...“

Sprachbarrieren

Das Fehlen einer gemeinsamen Sprachbasis kann eine adäquate Kommunikation und Gegenstandsrekonstruktion erschweren oder verhindern. Deshalb bedeutet Kontext- und Kultursensibilität auch, mit Sprachproblemen bewusst umzugehen.

Am besten ist es sicherlich, mit muttersprachlichen Fachkräften zusammenzuarbeiten. Solche Fachkräfte sind meist in Deutschland ausgebildet und haben eine zusätzliche Qualifikation, nämlich die, bikulturell und zweisprachig zu sein. Die „zweitbeste Lösung“ sind muttersprachliche PraktikantInnen, die nach einer Einarbeitung als „Co-TherapeutInnen“ eingesetzt werden können. Das ist natürlich in großen Kliniken einfacher als in kleinen Beratungsstellen.

Die Arbeit mit geschulten DolmetscherInnen ist schwierig. Zum einen kosten diese zusätzliches Geld und müssen in die Thematik eingearbeitet werden, um für fachspezifische Sprachnuancen sensibilisiert zu werden. Zum anderen steigert sich die Komplexität des Behandlungssettings von einer dyadischen in eine triadische Konstellation. Hanel (1997) etwa berichtet, wie sich in der Therapie mit traumatisierten PatientInnen eine Inszenierung von Opfer-Verfolger-Retter-Konstellationen ergeben kann, in der der Dolmetscher die Retterposition übernimmt, sich mit dem Klienten identifiziert und aggressive Gefühle gegenüber dem Therapeuten ausagiert.

Bei nicht geschulten DolmetscherInnen (Küchenhilfen, zufällig anwesende Familienangehörige, andere PatientInnen) können sich noch mehr Probleme ergeben. Sie besitzen nicht immer den nötigen Fachwortschatz oder sie übersetzen ihn z. B. in ein „Hochtürkisch“ (oder in eine andere Hochsprache), das von Familien mit geringer (türkischer) Schulbildung und mit einem Alltagswortschatz nicht verstanden wird.

Im Beratungssetting ist es unzulässig, Familienmitglieder – insbesondere Ehepartner oder gar Kinder – übersetzen zu lassen. Das festigt das familiäre Machtgefälle bzw. stellt die Familienhierarchie auf den Kopf. Diese Möglichkeiten sollten nur im äußersten Notfall oder in unverfänglichen Situationen benutzt werden (z. B. für Erklärungen über den Alltag auf einer Station, Benutzung der Küche, notwendige Dinge, die von zu Hause mitgebracht werden sollten ...). Wenn es keine bessere Lösung gibt, kann die Familie gebeten werden, eine NachbarIn oder FreundIn (also eine enge Vertraute, die möglichst nicht direkt zur Familie gehört) als ÜbersetzerIn mitzubringen.

Auch ohne gemeinsame Sprachbasis ist Kommunikation möglich, nur ungleich anfälliger für Fehler. Mehr Beziehung, Zeit, Geduld, Mut und Einfallsreichtum sind notwendig. Hilfreich ist hier z. B. Folgendes:

- sich Zeit nehmen bzw. als Führungskraft: Zeit zur Verfügung stellen,
- langsam und deutlich sprechen, mit Gesten und Mimik, mit Synonymen und Bildern sowie mit Papier und Bleistift arbeiten,

- wichtige Gespräche verschieben und eine muttersprachliche Fachkraft oder FachdolmetscherIn einbeziehen.

Joining

Eine weitere Voraussetzung für eine adäquate Kommunikation und Gegenstandsrekonstruktion ist der Aufbau von Kontakt und Vertrauen (Joining) als Grundforderung an jede Form von Beratung. Es geht darum, in der Beraterposition in einer entspannten und offenen Haltung für die jeweils besondere Situation der PatientIn und/oder ihrer/seiner Familie zu gelangen. Manchmal sind es schon Kleinigkeiten, die helfen Vertrauen herzustellen.

In der Arbeit mit Migrantenfamilien bieten sich folgende Fragen bzw. Herangehensweisen als Kontaktbereiche an:

- Eine im Sprechzimmer hängende Weltkarte, auf der die Patienten vorstellen können, woher sie kommen.
- Fragen wie:
Wie wird in der Muttersprache der Name ausgesprochen?
Stammen Sie eher aus einer städtischen oder einen ländlichen Region? Was bedeutet es, aus dem Westen der Türkei zu stammen, aus dem Süden Chiles oder aus dem Norden Marokkos im Vergleich zu den anderen Regionen des Landes?
Wie ist die Migrationsgeschichte? Wer ist warum zuerst gekommen? Wie, warum und mit welchen Zielen sind die einzelnen Familienmitglieder migriert? Leben andere Angehörige in der Nähe?
- Insbesondere wenn wenig soziokulturelles Hintergrundwissen vorhanden ist, ist es wichtig, immer wieder zu fragen: Wie ist das in Ihrer Kultur? Und wie in Ihrer Familie? Wie war es/wie wäre es jetzt in Ihrem Heimatland? So sind ggf. Informationen über Brüche innerhalb der Familie zu bekommen, z. B. wenn ein Elternteil im Heimatland aufgewachsen ist und der andere in Deutschland, oder wenn die Kinder anders denken und handeln als die Eltern.
- Für besonders sinnvoll in der Arbeit mit Migrantenfamilien halten wir das Erstellen eines Genogramms (McGoldrick, Gerson 1990; von Schlippe, Schweitzer 1996, S.130-133). Hier lassen sich Migrationsdaten erfassen, zeigen sich die Besonderheiten der Familie, ggf. Verwandtschaftsehen, Krankheitsgeschichte, Schulbesuchsdaten. Die visuelle Darstellung ist gerade bei Sprachproblemen sehr hilfreich. Das Genogramm ist immer in der Akte, kann bei jedem Gespräch hervorgeholt und erweitert werden.

Systemische Familienmedizin

Die Kommunikation und Kooperation von PatientInnen und professionellen MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen ist eine besondere Herausforderung, wenn beide Seiten über unterschiedliche Sprachen, kulturelle Muster und Bilder verfügen. Systemische Betrachtungsweisen

bieten – über die reine Wissensvermittlung hinaus – ein vielfältiges Inventar an Interventionen, um dieser Herausforderung adäquat zu begegnen. Hierzu zählen z. B.

- die Haltung von Offenheit und Neugier und damit die Bereitschaft, sich mit stereotypen Bildern (die eigenen und die der anderen) auseinanderzusetzen,
- der konsequente Einbezug der Familie und anderer zentraler Bezugssysteme,
- die ressourcenorientierte Herangehensweise mit dem Ziel der Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten. In multikulturellen Kontexten gehört hierzu auch der bewusste Einbezug traditioneller und tradiert Problemösestrategien. Hierfür eignen sich systemische Fragen (siehe hierzu v. Schlippe, Schweitzer 1996, S.137-163), z. B. Fragen zu Möglichkeitskonstruktionen wie:
Gesetzt den Fall, Sie wären jetzt in Ihrem Heimatdorf, wie würden Sie dann entscheiden, sich dort verhalten?
Gesetzt den Fall, Sie könnten Ihre Großmutter, einen Weisen aus Ihrer Heimat etc. fragen, was würde die oder der Ihnen raten?
- eine interdisziplinäre Kooperation, die erweitert werden muss durch eine interkulturelle Kooperation, mit gleichberechtigtem Austausch unterschiedlicher Perspektiven. Die interkulturelle Kooperation kann gewährleistet werden durch den Einbezug muttersprachlicher und/oder die Weiterbildung einheimische Fachkräfte sowie durch eine interkulturelle Supervision.

Aus systemischer Sicht erscheinen sowohl Migrationserfahrungen als auch Krankheit als Kontexte, die potentiell die Kreativität von Menschen einschränken. Das flexible Antworten auf Herausforderungen, das kreative Spiel im Entwickeln neuer Muster des gemeinsamen Umganges kann verloren gehen. Beratungsarbeit – auch und gerade in multikulturellen Kontexten – dient dem Ziel, diese Fähigkeit zur kreativen und flexiblen Antwort auf Herausforderungen wiederzugewinnen und adäquate Handlungs- und Problemlösestrategien neu zu erarbeiten.

Literatur

- Brockmann, G., Wegner, R.E. (1998). Familienorientiertes Asthmatraining. Stuttgart: Enke.
- Eberding, A. (1996). Kommunikationsprobleme, Missverständnisse, mangelnde Compliance? Familien türkischer Herkunft mit chronisch kranken Kindern in der Kinderklinik. *Systema* 10 (3), pp.15-26.
- Eberding, A. (1998). Arm – hilflos – ausgeliefert? Zu stereotypen Überzeugungen über Mädchen türkischer Herkunft. In: Koch, E., Özek, M., Pfeiffer, W., Schepker, R. (Eds.). Chancen und Risiken von Migration. Deutsch-Türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus.
- Eberding, A., Schlippe, A. v. (2000). Gesundheit und Migration: Konzepte der Beratung und Behandlung von Migranten. In: Wiedl, K.-H., Marschalck, P. (Hg.). Gesundheit und Migration. Osnabrück (im Druck).
- Fişek, G., Schepker, R. (1997). Kontext-Bewusstsein in der transkulturellen Psychotherapie. *Familiendynamik* 22, pp. 396-413.

Angela Eberding, Arist von Schlippe

- Haenel, F. (1997). Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. *Systema* 11(2), pp. 136-144.
- Kabesch, M., Schaal, W., Nicolai, T., Mutius, E. v. (1999). Asthma bronchiale bei deutschen und türkischen Schulkindern. Häufigkeit, Schweregrad und Behandlung. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde* 147, pp. 328-332.
- Koen-Emge, E. (1988). Volksmedizinische Krankheitsvorstellungen und Heiler in der Türkei. Universität Heidelberg (Dissertation).
- Könning, J., Szczepanski, R., Schlippe, A. v. (Eds.) (1997). Die Betreuung asthmakrankter Kinder im sozialen Kontext. Stuttgart: Enke.
- Korporal, J. (1995). Alltagssprache und Fachsprache in der Patient-Arzt-Beziehung. In: Eberding, A. (Ed.). *Sprache und Migration*. Frankfurt: IKO, pp. 45-65.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (stw 666).
- McDaniel, S., Hepworth, J., Doherty, W. (1997). *Familientherapie in der Medizin*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- McGoldrick, M.; Gerson, R. (1990). *Genogramme in der Familienberatung*. Stuttgart: Huber.
- Özelsel, M. (1990). *Gesundheit und Migration*. München: Profil.
- Sastimdur, G. (1995). Die Situation ausländischer bzw. türkischer Patienten und ihrer Familien. In: Häberle, H., Niethammer, D. (Ed.). *Leben will ich jeden Tag*. Freiburg, Basel, Wien: Herder, pp. 212-216.
- Schepker, R., Eberding, A. (1995). Die Sprache des Körpers in der Symptombildung: Psychosomatik. In: Eberding, A. (Ed.). *Sprache und Migration*. Frankfurt: IKO, pp. 77-87.
- Schlippe, A. v., Fortmann, J., Theiling, S. (1997). Chronische Krankheit im Kontext sozialer Systeme. In: Könning, J., Szczepanski, R., Schlippe, A. v. (Eds.), pp. 47-62.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schrader, A., Nickles, B. W., Griese H. M. (1976). *Die zweite Generation: Sozialisation und Akkulturation ausländischer Kinder in der Bundesrepublik*. Königstein: Athenäum.
- Theiling, S., Schlippe, A. v., Lob-Corzilius, T. (2000). Systemische Familienmedizin in der Pädiatrie. In: Hendrichke, A., Kröger, F. (Eds.). *Familie, System, Gesundheit – systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme (im Druck).
- Theiling, S., Szczepanski, R., Lob-Corzilius, T. (1992). *Der Luftiku(r)s*. Heidelberg: Trias.
- Zimmermann, E. (1996). Chronische Erkrankungen und Behinderungen bei Ausländerkindern. In: Schmitt, G.M., Kammerer, E., Harms, E. (Eds.). *Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, pp. 65-72.

Angela Eberding
Am Wulfekamp 7
49082 Osnabrück

Arist von Schlippe
Wielandstraße 15
49078 Osnabrück
e-mail: schlippe@rz.uni-osnabrueck.de

