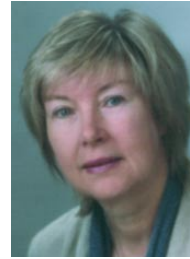


Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland

Migration und psychische Erkrankung

Ursula Brucks

Freies Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung, Hamburg und Oldenswort



Ursula Brucks

psychoneuro 2004; 30 (4): 228–231

Migration ist ein Stress auslösendes Lebensereignis, das auch noch in späteren Lebensphasen, wenn der Erfolg der Anstrengungen nicht eintritt, zu psychischen Krisen führen kann. Eine Vielzahl von Studien über einen Zeitraum von wenigstens 20 Jahren zeigt jedoch, dass die Gesundheitsversorgung selbst zu chronifizierten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen beiträgt. Es besteht ein dringender Bedarf, Migranten das Gespräch über Sinnkrisen und existentielle Fragen auch dann zu ermöglichen, wenn sie sich in einer solchen Situation mit primär körperlich ausgedrückten Beschwerden an einen Arzt wenden.

In den letzten 40 Jahren (von 1960 bis 1999) wurden ungefähr 30 Millionen Zuzüge nach Deutschland und über 21 Millionen Fortzüge aus Deutschland ins Ausland registriert. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung liegt seit 1995 gleichbleibend bei circa 9%, d.h. circa 7,3 Millionen Menschen. Addiert man dazu 2,1 Millionen Aussiedler, die zwischen 1990 bis 2000 zugezogen sind, sowie rund eine Million Ausländer, die in demselben Zeitraum deutsche Staatsbürger wurden, so resultiert ein Anteil von knapp 13%, den die Zuwanderung an der Gesamtbevölkerung hat (12).

Sowohl die Lebensgeschichten der Zuwanderer als auch ihre Integration sind in großen Teilen Erfolgsgeschichten. Die Zuwanderer, die nach Deutschland als Arbeitskräfte angeworben wurden, vor allem zwischen 1955 und 1973, waren in der Mehrzahl junge Menschen mit einem relativ guten allgemeinen und beruflichen Bildungsniveau. Es sind nicht die „Ärmsten der Armen“, die die Initiative aufbringen, ihr Heimatland zu verlassen und sich aus eigener Kraft in einem fremden Land eine Exis-

tenzgrundlage zu schaffen. Die Bildungsabschlüsse, die die Kinder und Enkel dieser Zuwanderergeneration in Deutschland erreichen, haben sich zunehmend verbessert. Bei den ausländischen Studenten steigt der Anteil der „Bildungsinländer“, das heißt derjenigen, die ihr Abitur in Deutschland gemacht haben. Die Zahl der Betriebe und Geschäfte mit ausländischen Inhabern wächst und wäre unter Berücksichtigung der Einbürgerungen noch höher.

Auch die Auswanderung, insbesondere die Rückwanderung in die Herkunftsländer der Arbeitsmigranten, hat viele Merkmale einer Erfolgsgeschichte. Rück- und Auswanderer haben entgegen der Annahme, dass vor allem Rentner in ihre Heimatländer zurückgehen, eine ähnliche Altersstruktur wie die Zuwanderer. Die Mehrzahl ist im jüngeren Lebensalter. Sie nutzen ihre im Ausland erworbene Ausbildung und Erfahrung, um Betriebe und Geschäfte zu gründen. Die Älteren haben ihre Ersparnisse häufig in Wohnungen und Grundbesitz angelegt. Sie verwirklichen ein Lebensmuster, das „transnationale Migration“ genannt wird: Sie leben jeweils längere Zeit in dem

einen oder anderen Land und haben verwandtschaftliche und wirtschaftliche Bindungen in beiden Ländern.

Migration als Stress auslösendes Lebensereignis

Aus der Perspektive der Gesundheitsversorgung steht die Erfolgsseite der Migration nicht im Blickpunkt der Aufmerksamkeit. Bevölkerungsbezogene Gesundheitsdaten sind noch immer sehr rar, so dass die wissenschaftliche Literatur sich im Wesentlichen auf versorgungsepidemiologische Studien gründet. Auch diese Studien, die sich auf Patienten, also eine im Vorhinein ausgewählte Gruppe beziehen, zeigen eine Angleichung, soweit für einzelne Erkrankungen oder Ereignisse wie Schwangerschaft und Geburt Zahlen vorliegen. Eine Ausnahme bilden die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Diese Beobachtung hat eine lange Tradition. Seit im 17. Jahrhundert die bisweilen tödlich verlaufende *melancholia nostalgia* – die „Heimweh-Krankheit“ – am Beispiel Schweizer Söldner, die in fremden Diensten standen, beschrieben wurde, scheint der Zusammenhang zwischen Migration und psychischer Erkrankung geradezu zwingend (9). „Wir sind seelisch krank, automatisch – und körperlich auch“, wie ein türkischer Interviewpartner es ausdrückte (2).

Im Begriff „Heimweh“ ebenso wie in dem Zusatz „automatisch“ ist die Annahme enthalten, dass Migration ein Verlusterlebnis ist und

Trauerreaktionen auslöst. Je stärker die Migration erzwungen und je weniger alltägliche Integration in die neue Umwelt möglich ist, umso wahrscheinlicher wird es, dass die Trauer nicht nachlässt, sondern in eine anhaltende Depression übergeht. Dies ist aus der Depressionsforschung bekannt. Aber es scheint, dass das deutsche Gesundheitswesen ein ebenfalls anhaltendes Problem hat, mit Trauer und auch mit Traumatisierungen infolge von Heimatverlust, Flucht und Enttäuschungen über die Aufnahme in Deutschland umzugehen. Diese These soll im Folgenden genauer belegt werden.

■ Spezifische Risiken psychischer Erkrankung

Epidemiologisch gut belegt sind drei besonders sensible Phasen für psychische Krisen:

- Die Migration im Alter der Pubertät, die bei einem Teil der Jugendlichen die in der Pubertät sowieso geforderte Neuorientierung der sozialen Beziehungen und die Entwicklung einer eigenen Identität überfordern kann: Ein für die Jugendphase typisches Problem ist der Umgang mit Sucht erzeugenden Substanzen. Repräsentative Befragungen zeigen, dass junge Migranten mit allen Substanzen (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen, Medikamente) weniger Erfahrungen haben und aktuell weniger konsumieren als deutsche Jugendliche. Zugleich kristallisieren sich zwei zahlenmäßig sehr kleine, aber besonders gefährdete Gruppen heraus: Junge Frauen aus dem islamischen Kulturkreis, die durch verstärkten Substanzgebrauch, darunter auch Alkoholkonsum, gegen die traditionelle Frauenrolle ihrer Herkunftsländer rebellieren (6). Junge Männer, und zwar sowohl Jugendliche, die im Rahmen des Familiennachzugs aus den Herkunftsländern der ehemaligen Arbeitsmigranten einreisen, als auch jugendliche Spätaussiedler, zeigen zusammen mit einem höheren Drogenkonsum eine höhere Gewaltbereitschaft. Es scheint auch, dass die Migration in dieser Lebensphase eine auslösende Bedeutung für eine schizophrene Erkrankung haben kann (10). Andere Befunde weisen darauf hin, dass junge Türkinnen ein überdurchschnittliches Suizidrisiko haben – ebenfalls ein Indikator für ein hohes Maß von Identitätsverunsicherung beim Übergang in das Erwachsenenalter (13).
- Die Ankunftsphase im Gastland, die besonders für Flüchtlinge, tendenziell aber auch für andere Migranten, mit einer hohen existentiellen Verunsicherung verbunden sein kann: Ein erhöhtes Risiko für depressive Symptome kurz nach der Einreise wurde in verschiedenen Studien berichtet; auch wurde eine Symptomverschiebung nach einem ein- bis zweijährigen Aufenthalt in Richtung psychosomatischer Symptome, insbesondere Magenbeschwerden sowie Kopf- und Rückenschmerzen festgestellt (18). Ein solcher Symptomwechsel ist im Modell der Stressbewältigung als misslungene Verarbeitung der akuten Trauer und Übergang in eine chronische Depression mit vorwiegend körperlicher Ausdrucksform zu verstehen. Vorbehaltlich der diagnostischen Unschärfen kann man davon ausgehen, dass zwischen fünf und 30% der Asylsuchenden an behandlungsbedürftigen posttraumatischen Störungen leiden. Erschwerend und die Symptomatik verschlimmernd wirken die Trennung von Familienangehörigen, die Unsicherheit über deren Schicksal sowie Isolation, Zukunftsunsicherheit in Bezug auf das Bleiberecht, fehlender Zugang zu Arbeit und Bildung, Leben in Gemeinschaftsunterkünften und die Erfahrung von Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit im Asylland (5).
- Die „Bilanzierungskrise“ im mittleren Lebensalter, wenn sich herausstellt, dass die mit der Migration verbundenen Hoffnungen und Wünsche nicht realisiert werden konnten: Die Folgen der überhöhten Aktivität in der Phase des intensiven Arbeitens und Sparens sowie der Familien-

gründung unter restriktiven äußeren Bedingungen zeigen sich im mittleren Lebensalter. Diejenigen, die das in Deutschland erforderliche Rentenalter wegen Krankheit und Arbeitslosigkeit nicht erreichen, deren Ersparnisse für ein gesichertes Leben im Herkunftsland nicht ausreichen und deren Kinder in Konflikt mit den Lebenszielen und Ansprüchen der Eltern geraten, haben ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen. 45- bis 54-jährige Frauen stellen fast die Hälfte der ausländischen Patientinnen der stationären psychotherapeutischen Rehabilitation für Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung. Bei Männern ist dieses Hoch nicht so ausgeprägt, aber im Alter von 50 bis 54 Jahren ebenfalls vorhanden. Hinsichtlich der Diagnosen stehen bei den Frauen dieser Altersgruppe Depressionen (ICD 10: F32-33) und somatoforme Störungen (ICD 10: F45) an der Spitze. Auch bei Männern ist der Anteil der depressiven und der somatoformen Störungen in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen erhöht (17).

■ Diagnostische und therapeutische Probleme

Mit Ausnahme der Ankunftsphase im Gastland sind die beschriebenen kritischen Phasen nicht migrationspezifisch. Sprachprobleme haben einen Einfluss auf die psychiatrische Diagnostik, der jedoch in der fachwissenschaftlichen Diskussion überbewertet wird. Mangelndes Wissen über den Umgang mit psychischen Störungen und dadurch bedingte Zugangsbarrieren zu psychiatrischen Versorgungseinrichtungen sind ein Problem, das Migranten mit einheimischen Unterschichtangehörigen teilen (10). Auf der Suche nach den Ursachen für die besonders auffallenden diagnostischen und therapeutischen Probleme im Zusammenhang mit psychischen und psychosomatischen Symptomen stößt man zusätzlich zu den genannten auf eine spezifische Fehldiagnostik in der ambulanten allgemeinmedizinischen Versor-

Abb. 1 Das „Einverständnis im Missverständnis“ (3)



gung, die allerdings ebenfalls nicht nur Migranten betrifft, sondern generell Menschen, die sich in moralischen Krisen, in Phasen der Suche nach Sinn an Ärzte wenden und in erster Linie ihre körperliche Beschwerden beschreiben.

In dieser Ausgangssituation kommt es zu einer spezifischen Interaktion zwischen den versorgenden Ärzten und den Zuwanderern, die ihre Beschwerden zunächst nicht in der für das westliche medizinische Denken typischen Leib-Seele-Dichotomie erleben. Vielmehr beschreiben und erleben sie alle Beschwerden und Krankheitsbilder mit einer deutlich höheren Schmerzbetonung. Diese Schmerzbetonung wurde bereits 1981/82 in der „Erhebung über die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte“ (EVaS) (16) als besonders auffallend für ausländische Patienten festgestellt. Schon hier zeigte sich, dass sich die therapeutische Strategie in der Regel auf eine Behandlung mit Schmerzmedikamenten beschränkte.

Eine aktuelle Untersuchung bestätigt, dass insbesondere türkische Patienten in der allgemeinmedizinischen Versorgung oft sehr lange im Einverständnis zwischen Arzt und Patient symptombezogen mit Medikamenten behandelt werden (8).

Dieser diagnostisch-therapeutische Prozess ist jedoch als „Einverständnis im Missverständnis“ zu bezeichnen (3). Ein Einverständnis besteht darüber, dass Arzt und Patient sich beide bemühen, die Schmerzen

zu beseitigen. Sie befinden sich jedoch in einem gegenseitigen Missverständnis hinsichtlich der Behandlungserwartungen beziehungsweise der Therapieoptionen. Beide Beteiligten sind überzeugt, dass der andere nur die Reduktion der Schmerzsymptome wünscht beziehungsweise leisten kann, aber nicht das Gespräch über die psychosozialen Hintergründe führen will (Abb. 1).

Rückblickend auf die Behandlungsgeschichten ihrer Patienten in der stationären Rehabilitation stellen Branik & Mulhaxha fest: „Die Hilflosigkeit unseres medizinischen Systems gegenüber „somatisierenden“ ausländischen Patienten dokumentiert sich u.a. in der manchmal abenteuerlichen Vormedikation mit einem Cocktail aus Psychopharmaka (ggf. nebst hochdosierter Schmerzmittel), der kaum ein psychiatrisches Zielsyndrom auslöst und jeden seriösen Psychiater schaudern lässt.“ (1) In dem fortgeschrittenen Stadium der Chronifizierung, in dem die Patienten die stationäre Psychotherapie erreichen, ist eine aufwändige psychosomatische Behandlung erforderlich, während zu Beginn vermutlich verständnisvolle und klärende Gespräche gereicht hätten.

Quasi im Zeitraffer und mit einer durch die Problemschwere noch verstärkten Dynamik lassen sich vergleichbare Behandlungsverläufe für Asylsuchende beobachten. Relativ unabhängig von der Ausgangssituation verschärft untätiges Abwarten psychische Probleme und

setzt Krankheitsverläufe mit wiederholten Krankenhauseinweisungen wegen unterschiedlicher Symptome in Gang, die chronifizieren und nur noch schwer zu beeinflussen sind (4).

■ Schlussfolgerungen

Noch fehlen differenzierte Studien über allgemeine gesundheitliche Folgen des Schmerzmittelabusus von Patienten ausländischer Herkunft, der durch lange symptombezogene Behandlungen gefördert wird. Zu erwarten sind chronifizierte Kopfschmerzen, aber auch Störungen der Verdauung und der Nierenfunktion. Der Neurologie und Psychiatrie wächst damit auch die Aufgabe zu, die Aufklärung und Fortbildung der Ärzte in den anderen medizinischen Fachrichtungen zu verstärken. Die primär tätigen Ärzte können ihren Beitrag zu solchen Krankheitsgeschichten auch deswegen schwer erkennen, weil sie sich um die Patienten bemühen und diese ihnen dankbar sind. Für die Beteiligten erscheint es kaum möglich, ein historisch und gesellschaftlich verankertes Muster der Medikalisierung von Problemen, über die man nicht spricht, zu überwinden.

Das Sprechen über Sinnkrisen, über existentielle Fragen ist möglich und wird von den Betroffenen im Grunde gewünscht. Bei einem entsprechenden psychosozialen Beratungs- und Therapieangebot sind sowohl die Behandlungserwartungen der Patienten als auch die Behandlungsoptionen der primär zuständigen Ärzte leicht zu modifizieren (11, 14). Dies gilt auch für Asylsuchende. Neben einem frühzeitigen und adäquaten psychotherapeutischen Behandlungsangebot sind Familienzusammenführung sowie Möglichkeiten zur eigenen Existenzsicherung, also vor allem eine schnelle Klärung des Aufenthaltsstatus und Arbeit die wichtigsten Hilfen (7).

Migration is a stressful life event with consequences on biographically later phases when a person realises that former efforts had not the wanted success. But, a lot of studies over a period of at least 20 years give evidence that the medical system has its

special impact on reinforcing chronically psychic and psychosomatic diseases. Physicians are to learn talking about the meaning of life events and about existential questions even if patients do present primarily physical complaints.

Key words: Migration – psychic and psychosomatic diseases – doctor-patient-interaction

Literatur

1. Branik E, Mulhaxha A. Zur Rehabilitation von Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Hochschwarzwald-Klinik St. Blasien. In: Heise T (Hrsg.). Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Berlin, VWB, 2000: 185–199
2. Brucks U, Salisch E v, Wahl WB. „Wir sind seelisch krank, automatisch – und körperlich auch“. Zum Krankheitsverständnis türkischer Arbeiter. In: Gesundheit für Alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg, EB Verlag Rissen, 1985: 338–350
3. Brucks U, Salisch E v, Wahl WB. Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. Hamburg, EB Verlag, 1987
4. Brucks U, Wahl WB. Gesundheitsversorgung für Zuwanderinnen und Zuwanderer – Regionale Fallstudien: Kiel, Lübeck, Neumünster, Kreis Pinneberg. 2002: http://landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator/Aktueller_20Bestand/MASGV/Information/GesversZuwander.html
5. Burnett A, Peel M. Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ* 2001; 322, 544–547
6. Dill H, Frick U, Höfer R, Klöver B, Straus F. Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/1. Baden-Baden, Nomos, 2002
7. Ebner G. Grundlagen transkultureller Begutachtung. In: Hegemann T & Salman R (Hrsg.) Transkulturelle Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie Verlag, 2001: 232–251
8. Ferber L v, Köster I, Celayir-Erdogan N. Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelwirkungen und Verordnungen. *Das Gesundheitswesen* 2003, 65 (5): 304–311
9. Frigessi-Castelnuovo D, Rizzo M. Emigration und Nostalgie: Sozialgeschichte, Theorie und Mythos psychischer Krankheit von Auswanderern. Frankfurt/M., Coöperative Verlag, 1986
10. Haasen C, Yagdiran O, Lambert M. Psychose. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg.). Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag, 2000: 89–106
11. Koch E, Brucks U, Strate P. Stationäre Psychotherapie bei Migranten. Zur Methodik einer kontinuierlichen Selbstüberprüfung des Therapiekonzeptes. In: Mattke D,

Hertel G, Büsing S, Schreiber-Willnow K (Hrsg.). Vom Allgemeinen zum Besonderen. Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik. Frankfurt, VAS-Verlag, 2002.

12. Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen. Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin und Bonn, 2001

13. Razum O. Gesundheitsberichterstattung für Migrantinnen und Migranten – Möglichkeiten und Grenzen. In: Borde T, David M (Hrsg.). Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2003, 265–274

14. Schepker R, Toker M, Eberding A. Zum familiären Umgang mit Verhaltensproblemen Jugendlicher in der Migration: Ist die Jugendpsychiatrie eine Lösung? In: Koch E, Özek M, Pfeiffer WM, Schepker R (Hrsg.). Chancen und Risiken von Migration, Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag, 1998: 116–123

15. Strate P, Koch E. Pilotstudie zur Evaluation psychiatrischer Versorgung von Schmerzpatienten türkischer Herkunft. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg.). Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft, Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag, 2000: 211–227


16. Wagner P, Kerek-Bodden HE, Schach E, Schach S, Schwartz FW. Erkrankungen ausländischer Arbeitnehmer im Spektrum der ambulanten Versorgung. In: Collatz J, Kürsat-Ahlers E, Korporal J (Hrsg.). Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg, ebv Rissen, 1985: 177–195

17. Weilandt C, Rommel A, Raven U. Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Enquete-kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“, 2003 (unveröffentlicht)

18. Zink A, Korporal J. Soziale Epidemiologie der Erkrankungen von Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland. In: Kentenich H u. a. (Hrsg.). Zwischen zwei Kulturen – was macht Ausländer krank? Berlin, Verlagsgesellschaft für Gesundheit, 1984

Korrespondenzanschrift:

PD Dr. Ursula Brucks
Freies Institut für Arbeitspsychologie
und Gesundheitsforschung
Postfach 20 21 30
20214 Hamburg
brucks@uni-hamburg.de



FACHZEITSCHRIFTEN

Psychiatrie • Neurologie • Psychotherapie

- Übersichten/Originalarbeiten und Kasuistiken
- Schwerpunktberichte/Brennpunktberichte
- Kurze prägnante Artikel, die zum Lesen einladen
- Kompetente und zeitnahe Berichte von Kongressen und Symposien

Neu:





- Jetzt durch die Landesärztekammer Baden-Württemberg CME zertifiziert
- Vollständig im Internet abrufbar

Psychoneuro ist Organ der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

Inklusive Online-Zugang*
Recherche im Volltext
www.thieme-connect.de
www.thieme.de/psychoneuro
*gilt nur für das persönliche Abonnement

Erscheint 12mal im Jahr.
Jahresbezugspreis 2004: € 72,-
inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten.
Sonderpreise für Studenten,
AiP auf Anfrage-

Interessiert an einem Abo?

 0711/8931-900
 0711/8931-901
 kundenservice@thieme.de
 www.thieme.de

V Y33

