

Patienten aus verschiedenen Kulturen in der Hausarztpraxis – Herausforderungen und Lösungsansätze

Dr. med. Christian Studer Luzern
christian.studer@unilu.ch

Einleitende Gedanken

Unterschiedliche **Gründe für die Migration**, freiwillig, unfreiwillig
Bewegen in eigener Community, Anpassung an Ankunftsland / -region resp. Verlust der Identität, Akzeptanz von Veränderung

- Unfreiwillig heisst oft Gewalterfahrung, spezifische Therapien bei posttraumatischen Belastungsstörungen, Therapie von Folteropfer



Einleitende Gedanken

Die **kulturelle Prägung** beeinflusst die Sicht auf die «Medizin» grundlegend. Ist das so?

- Was heisst Krankheit, was heisst Gesundheit?
- Wie werden Normen bestimmt, Befunde erhoben, Diagnosen gestellt, Behandlungen festgelegt?
- Was sind die Rollen der Fachpersonen, der Angehörigen? Welche Leistungen werden von der Versicherung übernommen
- Wie wird kommuniziert, werden sprachliche Barrieren überwunden?
- Wie ist die Sicht auf das Geschlecht, die Ernährung, den Schmerz, auf die Äusserungen von Emotionen?
- Wie werden Grenzen beurteilt, Sterben, Leben und Tod, Sinnhaftigkeit, Religiosität?

Kontext Kultur - Grenzen

Probleme

- Kulturen typisieren („Kosovaren sind...“)
- Verhalten psychologisieren („Verleugnung“, „Unreife“, „fehlendes Verständnis“)
- Interkulturalität als Erklärung *anstatt* als Kontext verwenden

Einblick in die hausärztliche Sprechstunde

Menschen aus

Eritrea

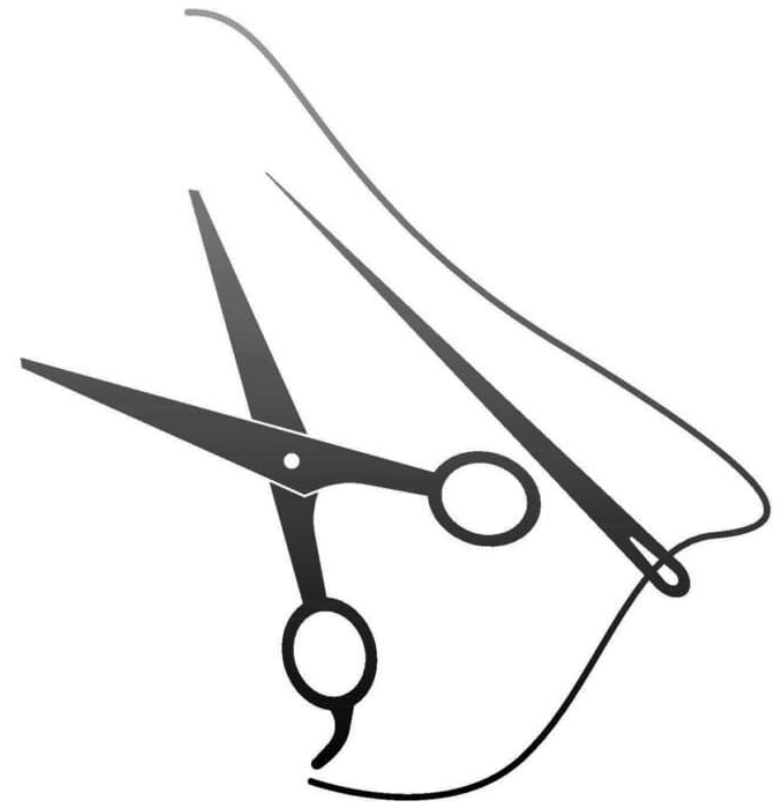
Kosovo

Brasilien



Herr 1960 aus Eritrea

- **Mann, *1960**
aus Asmara
Folteropfer, Familie in Afrika zurückgeblieben
gelernter Schneider
2015 in CH geflüchtet, F-Bewilligung
- **Medizinische Diagnose bei Einwanderung**
Metabolisches Syndrom
 - Adipositas BMI 37kg/m² (Ethnie Risiko ++)
 - Bluthochdruck
 - Diabetes mellitus Typ 2 - HbA1c 9.%



Herr 1960

Ausweis F (Vorläufig aufgenommene Ausländer)



Herr 1960

- **Problemstellung**

- Therapie des metabolischen Syndroms
... bewegen...
... Alltagsstrukturierung...

- **Arbeitsverbot**: ?? Vorschläge

- **Erhält Aufenthaltsbewilligung B**

- sprachliche Barrieren abgebaut



Herr 1960

- Life Style Veränderungen bei den Diagnosen Adipositas und Diabetes mellitus empfohlen
- Bewegen von Bank zu Bank
- Gewicht zunehmend: Ehefrau in Eritrea, Küche ≠ Mann; Ernährungsberatung schwierig
- Diabetes trotz ausgebauter Therapie mässig eingestellt
- Entwicklung eines Insults 2020
- Hirnschlag , Pflegeheimeintritt
- «dem Schicksal ergeben», «Lebensalter» erreicht



Meine Gedanken zu diesem Patienten 1960

- Gesundheitsmodelle sind oft **relationell statt regelbasiert**.
- Krankheit wird nicht linear gedacht („wenn A, dann B“), sondern episodisch.
- Subjektives Befinden > objektive Parameter. (Diabetes!)
- Patienten fühlen sich sehr wohl als „kooperativ“, auch wenn sie Therapiepläne selektiv anpassen.
- Medikamente werden situativ, nicht dauerhaft verstanden. Perspektive auf den Tag, nicht auf Jahre gerichtet
- Beziehungsarbeit fördert die Adhärenz, biographische Arbeit im Heim, Konstante in der Identität einer Person

Herr 1965

- In Kosovo aufgewachsen, Grenze zu Albanien
- Akademiker, politischer Kriegsflüchtling
- in Schweiz Familiengründung, Ausbildung nicht anerkannt
- handwerklich tätig
- Hausärztliche Betreuung seit 25 Jahren
- Diverse Beschwerden des Rückens
- 2006 Herzinfarkt, Stent 2006 und 2012
- 2020 Diabetes mellitus
- Alle empfohlenen Vorsorge-Untersuchungen zuverlässig absolviert



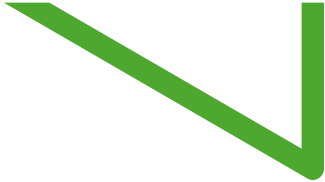

Herr 1965

- 7.2024 nach diagnostischem Vorlauf von vier Monaten Diagnose eines



Bauchspeicheldrüsenkrebs

- interventionelle Eröffnung des Gallenwegstaus
explorative Bauchspiegelung, Lebermetastasen
operative Therapien, Abbruch bei Ummantelung grosser Gefässe
Bestrahlung evaluiert, wegen weiterer Metastasierung abgelehnt



Familien_ perspektive Entlassung aus Spital – Pflege zu Hause

- Patient von Langzeit-Hosp nach Hause gekommen
- Familie weiterhin mit Spitalärzten in Kontakt zur Optimierung der Behandlung
- Rollenklärung angesprochen
- Symptomkontrolle wird durch Familie abgewogen
Eiseninfusion im Zentrum
- Verunsicherung über etablierte Massnahmen bei «AZ-Verbesserung» kurz vor dem Tod
- Vor dem Patienten soll nicht über den Tod gesprochen werden.

Was habe ich als Hausarzt von Patient 1965 gelernt?

- In Südosteuropa und der Diaspora (Kosovo, Albanien, Bosnien) wird eine **starke moralische Pflicht zur Hoffnung** beschrieben.
- Tod = Scheitern, sowohl medizinisch als auch familiär.
- Palliative Care wird häufig mit „Aufgeben“ gleichgesetzt.
- nicht primär religiös, sondern sozial-moralisch geprägt:
 - Kriegserfahrung, frühe Verluste, kollektives Trauma
 - Medizin als verlässliche Autorität
- „ethisch gebotene Hoffnungspflicht“ ist oft keine Verleugnung des Todes, sondern ein performativer Akt:
Man darf den Tod nicht zulassen, bevor er faktisch eingetreten ist.



Frau 1963

Sozialanamnese

- Aus Brasilien, neun Geschwister. Früher Tod der Zwillingsschwester, zweier Brüder und des Vaters
- Migration in die Schweiz aus wirtschaftlichen Gründen
- Verheiratet mit Schweizer, zwei Kinder
- Reinigungsdienst und Enkel hüten
- Gewalterfahrung
- Samba und Alkohol

Krankheitsgeschichte

- Sarkoidose 2014 (Lungenkrankheit), Bluthochdruck, Arthrosen, Leberzirrhose bei Alkoholkrankheit / Anämie



Frau 1963

- Akutes Leiden:
Krebs aus dem oberen Magendarmtrakt mit Metastasen des Lungenfells
- **Korsakov Syndrom**
- Pflegeheimeinweisung – supportive Care



Frau 1963 und sinnvolle Hausarztmedizin?

- Selbstbehandlung der eigenen Beschwerden
- Wahrung der Autonomie
- Wünsche im soziokulturellen Kontext respektieren

Rückblick Studie Interface (2017)

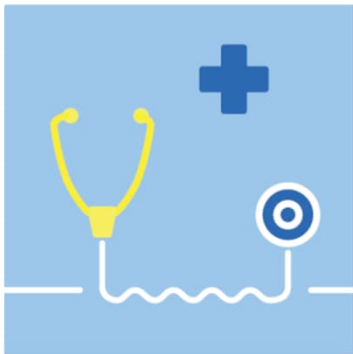
Unterstützung von Hausärzten/-innen bei der Behandlung von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund

Situationsanalyse, Handlungsbedarf und Empfehlungen zu Massnahmen

- Studie zuhanden der Sektion Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Dienststelle Soziales und Gesellschaft (DISG) des Kantons Luzern
- Resultate, Empfehlungen
 - Kosten-Nutzen von Dolmetschereinsätzen eruieren
 - Zentrale Anlaufstelle für Ärztinnen und Ärzte etablieren und bekannt machen
 - Internetportal mit regionsspezifischen Informationen rund um das Thema Migration und Gesundheit etablieren
 - Thematik in Fortbildungsangebote integrieren

<https://gruezi.lu.ch/>

Gesundheit



- Muss ich eine Krankenversicherung haben?
- Wo bekomme ich Hilfe, wenn es mir psychisch nicht gut geht?
- Muss ich den Zahnarzt selber bezahlen?
- Wie kann ich mich auf die Geburt meines Kindes vorbereiten?
- Was mache ich bei einem medizinischen Notfall?
- Ist impfen sinnvoll?
- Wie bin ich bei einem Unfall versichert?
- Muss ich etwas bezahlen, wenn ich zum Arzt gehe?
- Kann ich bei Krankheit auch zu Hause gepflegt werden?
- Was mache ich, wenn ich die Krankenversicherung nicht bezahlen kann?
- Wer beantwortet mir Fragen nach der Geburt?
- Wer berätet Menschen mit Behinderung?


<https://migesplus.ch>

GESUNDHEITS- WEGWEISER SCHWEIZ

Das schweizerische Gesundheitssystem
kurz erklärt – ein Ratgeber für Migrantinnen
und Migranten in der Schweiz

In 18 Sprachen
online bestellen:
www.migesplus.ch



 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun Svizra
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

 Croix-Rouge suisse
Schweizerisches Rotes Kreuz
Croce Rossa Svizzera

<https://migesplus.ch/themen/migrationssensible-palliative-care>

- **SENS-Modell**
- **Symptome und Beschwerden**
Entscheidungsfindung

zB Totenwaschung und
Aufbahrung? Rückkehr im
Sterben/ Rückführung ins
Herkunftsland nach Tod

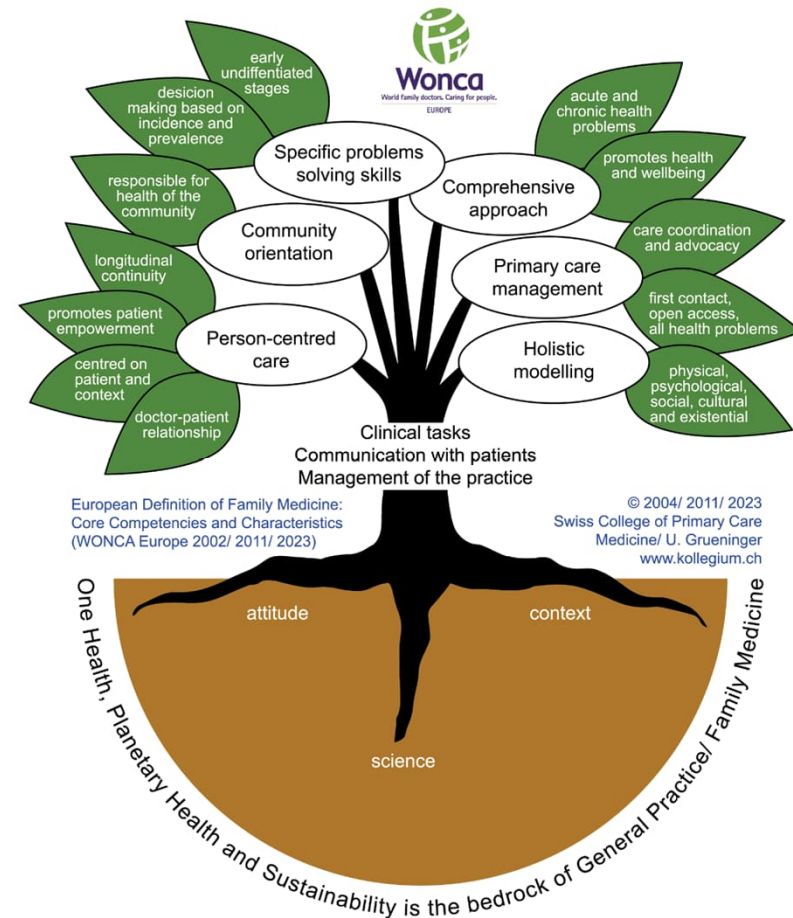
- **Netzwerkorganisation**
- **Support der Angehörigen**



Migrationssensible Palliative Care

Fazit heute

- Hausarztmedizin erfordert Beziehungsarbeit, personenzentrierte, holistische, interprofessionelle Ansätze
- «Man muss die Menschen mögen, auch wenn sie anders riechen.»



THE WONCA TREE - AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE