

# Begutachtung von Migranten und Menschen mit Migrationshintergrund

Wolfgang Hausotter



# Bevölkerungsstatistik

- am 1.1.2000 hatte Deutschland 82 Millionen Einwohner
- davon mehr als 7 Millionen Ausländer
  - davon mehr als 2 Millionen Türken
  - und 1,2 Millionen aus dem ehemaligen Jugoslawien
- *etwa 20 % unserer Bevölkerung sind Menschen mit Migrationshintergrund*
- (1950 waren es noch 1 %!)

# Definition der Vereinten Nationen

Migranten sind alle Personen, die ihren angestammten Wohnsitz über längere Zeit in andere Länder verlegen

- Flucht gilt als Sonderfall -

# Anwerbung von Gastarbeitern

- Keine bevölkerungspolitische Notwendigkeit
- Folge des zügigen Abbaus der individuellen Arbeitszeit in Deutschland
- Kürzere Wochenarbeitszeiten
- Längere Urlaube
- Erwerbstätige gingen früher in den Ruhestand
- Vornehmlich Frauen schränkten ihre Erwerbstätigkeit ein

# Woher kommen die Einwanderer in Deutschland?

- Arbeitsmigranten aus südeuropäischen Ländern
- deutschstämmige Umsiedler aus Russland
- Einwanderer aus Polen, Rumänien und anderen ost-europäischen Ländern
- Bürgerkriegsflüchtlinge aus Jugoslawien
- Asylanten aus aller Welt

# Grundsätze der Begutachtung

- Eine einseitige Haltung mit Nachgiebigkeit in die eine oder andere Richtung ist mit der ***Neutralität des Gutachters*** nicht zu vereinbaren
- Die sozialmedizinische Begutachtung ist jedoch ohne die Berücksichtigung und kritisch-abwägende Wertung *transkultureller Hintergründe* nicht ausreichend
- Weder *unsensibel-ablehnende* Haltung noch *überschießende Empathie* i.S. der „Mitleidsfalle“

- Grundsätzlich müssen die Kriterien Anwendung finden, nach denen die Gemeinschaft aller Versicherten zu beurteilen ist
- *Gleichbehandlung aller Versicherten in jeder Hinsicht*
- Es ist nicht Aufgabe des Systems der sozialen Sicherung, Sozialkonflikte oder soziokulturelle Besonderheiten zu entschädigen
- *Den Besonderheiten des Einzelnen ist jedoch Rechnung zu tragen*

# Eigenschaften des Gutachters

- Als wichtigstes absolute Neutralität, Objektivität und „emotionale Unbestechlichkeit“
- *Weder* emotionale Kälte oder Zynismus *noch* „überschießendes Mitleid“ sondern empathisch geprägte Sachlichkeit
- Die Gegenübertragung sollte stets reflektiert werden

# Kulturkreis der Türken

- Dörfliche Herkunft
  - konservative Wertvorstellungen
  - 5-jähriger Schulbesuch
  - selten Berufsausbildung
- Großstädtische Herkunft
  - flexibler, anpassungsfähiger
  - meist westlich orientiert
  - bessere schulische und berufliche Vorbildung

# Türkische Frauen

- Grundsätzlich gleiche Problematik
- Meist geringere schulische Vorbildung
- Meist keine berufliche Ausbildung
- Das Lebenskonzept ist traditionell auf die Familie ausgerichtet
- Ungewohnter Leistungsdruck durch die zusätzliche berufliche Tätigkeit
- Doppelbelastung Beruf und Familie

# Schulabschluss der türkischen Migranten

- 30 % Analphabeten
- 60 % 5-klassige Volksschule
- 10 % höhere Schule

Hackhausen 2003

# Migranten aus Jugoslawien

- Einwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien haben ähnliche Probleme, jedoch durch die von jeher engere Bindung an den Westen etwas vereinfacht
- Bürgerkriegsflüchtlinge mit zusätzlichen Konflikten durch unmittelbare Kriegserfahrungen und Verlust von Familienangehörigen und des Eigentums
- Ethnische Ressentiments werden oft noch in der neuen Umgebung beibehalten

# Russlanddeutsche

- Etwa 3 Millionen Spätaussiedler aus Russland
- Deutschstämmig, in Russland oft als „Faschisten“ beschimpft und zurückgesetzt
- Oft schlechte Deutschkenntnisse
- In Deutschland wieder als „Russen“ beschimpft und offen oder versteckt abgelehnt
- Die bisherige Berufsausbildung wird häufig nicht anerkannt

## 2. Generation Russlanddeutsche

Problem der jungen Spätaussiedler:

*„Sie wollten nicht gehen und mussten doch“*

Von den Eltern nach Deutschland ohne eigene Überzeugung mitgenommen, flüchten sich in ihre eigene russische Welt, kulturell und sprachlich fremd, Ausbildungs- und Berufs- (und Alkohol)probleme

# Asylanten

- Weitere Probleme durch sich oft lang hinziehendes Anerkennungsverfahren
- Noch größere kulturelle Verschiedenheiten
- Flexibilität und Bereitschaft zur Integration hier von besonderer Bedeutung – und häufig vorhanden!

# Einwanderergenerationen

- *Erste Generation:* Probleme mit der Sprache und der Kultur, Überlegungen der Rückkehr
- *Zweite Generation:* Spannung zwischen kulturellen und traditionellen Normen und Anpassungsdruck zur Assimilation
- *Dritte Generation:* dem Herkunftsland und seinen soziokulturellen Normen entfremdet, oft im Konflikt mit den Eltern, im Einwanderungsland oft nicht ganz akzeptiert – manchmal auch wieder Tendenz, zu den Wurzeln zurückzukehren

# Jugendliche Ausländer

- Vielfach zwischen den Ländern und Kulturen pendelnd
- In der Heimat zunächst von den Großeltern aufgezogen, später den in Deutschland arbeitenden Eltern nachfolgend
- Oft weder der türkischen noch der deutschen Sprache richtig mächtig
- Bei differenzierteren Fragestellungen besonders problematisch

# „marginal man“

- „Der Mensch am Rande, in dessen zerrissener Seele sich zwei miteinander im Widerspruch stehende Kulturen treffen und vermischen.“

R.E. Park, US-amerikan. Soziologe

1928

# Sprachprobleme

- Wortschatz reicht meist aus für den Arbeitsplatz und Einkauf im Supermarkt
- Privat meist mit Landsleuten verkehrend, daher kaum Gelegenheit, die Sprachkenntnisse zu vervollkommen
- Oft wird die Verbesserung der Sprache auch nicht angestrebt
- Entsprechende Schwierigkeiten, sich beim Arzt auszudrücken

# Sprachliche Kommunikation mit dem Arzt

- Vielen Menschen mit deutscher Muttersprache fällt es schon schwer, verschiedene körperliche Missempfindungen auszudrücken
- Migranten haben erst recht entsprechende Probleme. z.B.  
„taub, pelzig, kribblig, eingeschlafen“  
„Schwank-, Dreh-, Liftschwindel, Raumunsicherheit, Taumeligkeit“ u.a.

# Rechtssprechung des Bundessozialgerichts

Die mangelnde Sprachkompetenz darf aus Gründen der Gleichbehandlung bei der Begutachtung *nicht* berücksichtigt werden, weil sonst deutschsprachige Probanden benachteiligt würden.

# Dolmetscher

- Der professionelle Dolmetscher fühlt sich häufig dem Probanden weit überlegen, kommt auch meist aus einer anderen Gesellschaftsschicht
- zieht oft das Gespräch an sich und fasst Fragen zusammen bzw. beantwortet nach eigenem Gutdünken
- gibt oft dem Gespräch eine Wendung nach eigenen Vorstellungen >

# Dolmetscher

- Im klein- und mittelstädtischen Bereich stehen nur wenige qualifizierte Dolmetscher zur Verfügung
- Erst recht keine weiblichen Dolmetscher
- Kostenübernahme ist nur selten gesichert
- Forderungen nach Dolmetscher bei jedem Arztbesuch sind utopisch
- Kultursensitiver Umgang entscheidend



# Dolmetscher

- Dolmetscher müsste auch bei der körperlichen Untersuchung anwesend sein
- Gerade türkischen Frauen ist die Anwesenheit eines fremden Mannes meist peinlich – Dolmetscherinnen sind selten!
- Dolmetscher daher durchaus problematisch

# Dolmetscher

- In der Praxis fungieren meist die eine deutsche Schule besuchenden Kinder als Dolmetscher – mit begrenzten sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten
- Erwachsene Kinder lassen meist eine einseitige Parteinahme für die Eltern erkennen und geben der Begutachtung eine eigene Wendung

>

# Dolmetscher

- Eine Patentlösung existiert nicht!
- *Pragmatische Lösung*: den Probanden zunächst – auch bei sprachlichen Problemen – alleine explorieren und untersuchen und dann anschließend unklare Fragen unter Beiziehung der meist begleitenden Familienangehörigen zu ergänzen

# Dolmetscher

- Wenn möglich die Einschaltung eines Dolmetschers vermeiden (es sei denn der Sprache überhaupt nicht mächtig)
- Anwesenheit einer dritten Person grundsätzlich nicht günstig, da das erforderliche Mindestmaß an Vertrauen und die notwendige persönliche Beziehung zum Gutachter empfindlich gestört

# Dolmetscher

„Es hat sich gezeigt, dass der klinische Eindruck *ohne* Dolmetscher nicht signifikant zu Fehldiagnosen führt“

Haasen/Yagdiran in Dettmers/Albrecht/Weiller 2002

# Ausdrucksweise

- Meist einfache, beruflich unqualifizierte Menschen
- Neigung, sich weitschweifig und umschreibend auszudrücken
- Symbolsprache wie „alles kaputt, Batterie leer, keine Kraft“
- vom deutschen Arzt wird dies oft als demonstrativ und aggravierend empfunden und ruft Antipathie hervor

# Probleme der Integration

Die Nicht-Integration eines  
großen Teils der  
türkischsprachigen Migranten  
ist jedoch Tatsache in  
Deutschland

Dettmers/Albrecht/Weiller: Gesundheit-Migration-Krankheit 2002

# Integration

Schulische und berufliche Vorbildung,  
Flexibilität und Anpassungsfähigkeit  
stellen entscheidende Faktoren für  
eine geglückte und erfolgreiche  
Integration

oder

im ungünstigen Fall für eine  
psychosomatische Erkrankung dar.

# Probleme der Integration

- Die komplexen Anpassungsvorgänge an neue kulturelle und gesellschaftliche Bedingungen erfordern *erhebliche Anstrengungen*
- *Identitätskrisen*, die damit verbunden sind spielen bei Migranten und ihren überproportional häufig auftretenden funktionellen Befindlichkeitsstörungen eine große Rolle

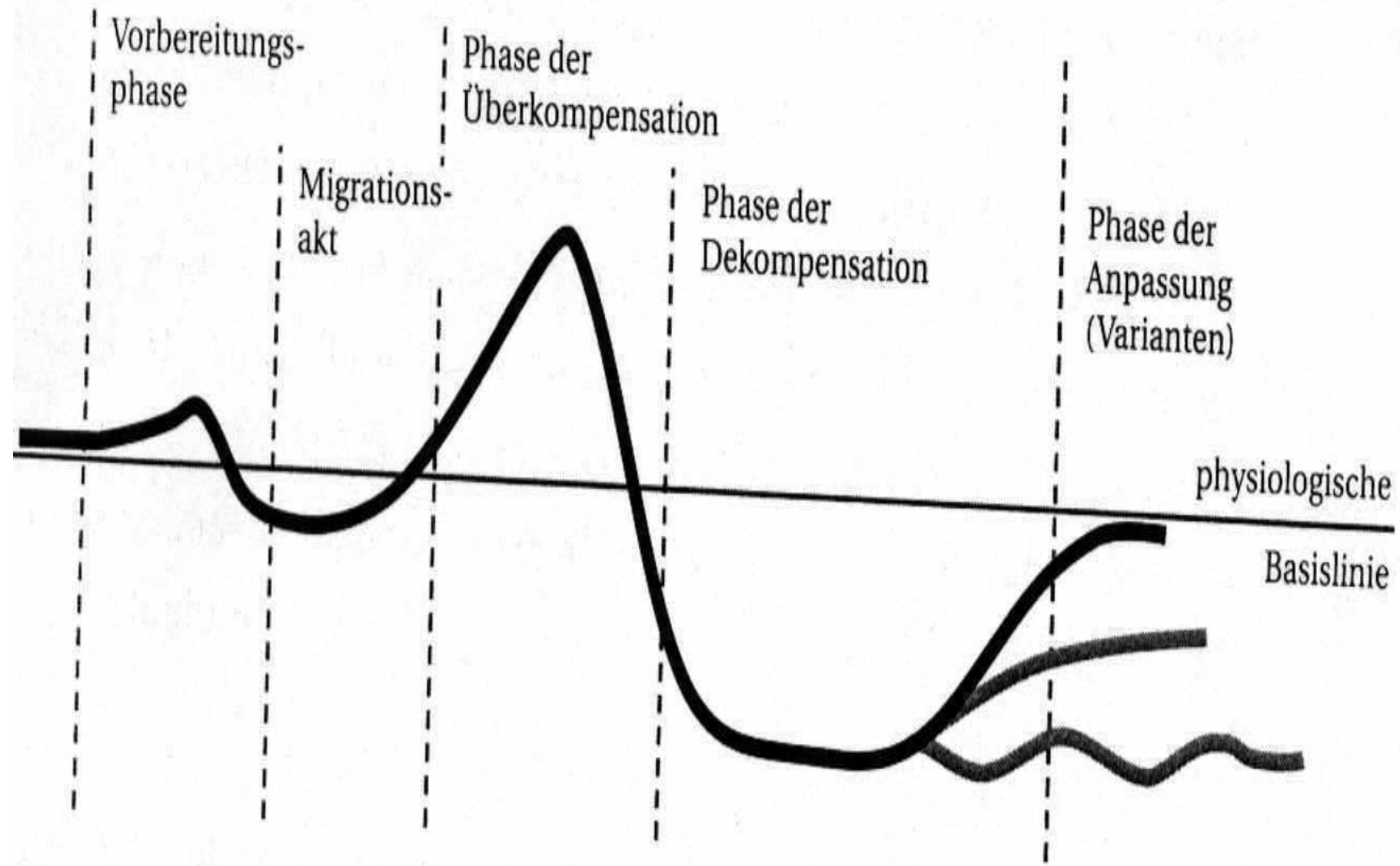
# Probleme der Integration

- Prämierung des millionsten angeworbenen Gastarbeiters
- später eher fremdenfeindliches Klima
- auf der persönlichen Ebene unmittelbares Umfeld im beruflichen Bereich und in der privaten Sphäre mit Nachbarschaftskontakten und Vereinszugehörigkeit >

# Probleme der Integration

- *Integration wird von Migranten allerdings nicht immer angestrebt*
- Meist bleibt die Familie die alleinige private Zone
- Eingliederung in das freiwillig gewählte neue soziale Umfeld gelingt nur bruchstückhaft
- Fortbestehende Sprachbarrieren verhindern ein völliges „Eintauchen“ in die neue Kultur
- Damit Verfestigung der Außenseiterposition

# Abb. 1: Phasenverlauf der Migration nach Sluzki



# Was macht Migranten krank?

- Einschneidende Lebensereignisse
- Lebenslange Trennungen und Verlust
- Fehlen von Akzeptanz und Wertschätzung
- Diskrimination und Frustration
- Folge häufig Somatisierung

# Somatisierung

- Häufige Somatisierung sozialer und psychischer Konflikte
- Überproportionale ärztliche Diagnostik
- die zunächst auf die Betroffenen eine ungeheure Faszination ausübt
- später folgt die Enttäuschung, dass man „nichts findet“ und die Beschwerden fort-bestehen
- Das bloße ärztliche Gespräch wird meist nicht gewürdigt und nicht verstanden

# Verhalten der Ärzte

- Hilflosigkeit der deutschen Ärzte, die weder die Sprache verstehen, noch mit den kulturellen Gegebenheiten vertraut sind
- Kulturell geprägte non-verbale Kommunikation als besonderes Problem
- Das körperliche Leidensangebot wird vom Arzt gerne akzeptiert, gibt es doch Gelegenheit, kurzfristig zu agieren

# Rolle des Hausarztes

- Kommunikation zwischen Migranten und Arzt oft durch Missverständnisse, Irritationen und Konflikte gekennzeichnet
- Hausarzt schreibt häufig aus Ratlosigkeit oder Überfürsorglichkeit großzügig und langfristig krank
- Harmlose Befindlichkeitsstörungen werden dadurch zu schwerwiegenden Erkrankungen hochstilisiert >

# Rolle des Hausarztes

- Durch die Krankschreibung ändern sich die Beschwerden naturgemäß nicht
- Der Patient sieht sich jedoch als schwer krank, weil Arbeitsunfähigkeit attestiert
- gleichzeitig ohne Besserung „unheilbar“
- Konsultation weiterer Organspezialisten ohne Ergebnis
- weitere Fixierung der psychosomatischen Störung als Folge

# Krankheitsentwicklung

- Langfristige Fixierung des Betroffenen auf die somatischen Beschwerden
- Zunehmende Unzufriedenheit weil „nichts hilft“
- Immer neue frustrane Diagnostik und Behandlungsversuche – weitere Ärzte
- *Somatisierung als soziales Kunstprodukt der gegenseitigen Rollenerwartungen von Ärzten und Patienten*

# Schmerz als funktionelle Störung

- Besonders „Schmerz“ wird oft benutzt, um allgemeine Missempfindungen und psychisches Leid auszudrücken
- Die reflektorische Gabe von Schmerzmitteln führt naturgemäß nicht zum Erfolg und enttäuscht Arzt und Patient
- „Doctor shopping“ als Konsequenz, wenn sich der Patient nicht angenommen und verstanden fühlt

# Paramedizin

- Glaube an Geister, „schwarze Magie“ und „bösen Blick“ als Krankheitsursache
- Der Einfluss volkstümlicher Heilmethoden und Laienheiler, bei den Muslimen etwa des Hodschas ist nicht zu unterschätzen. Religiöse Bezugsperson und gleichzeitig Autorität in medizinischen Fragen
- Amulette, Beschwörungen, diätetische Empfehlungen u.a. vor einem religiösen Kontext

# Migration als Lebensabschnitt

- *Migration muss keinesfalls per se zu Krankheit oder Leiden führen*
- ***Es ist ein Fehler, Migration generell zu pathologisieren!***
- Hat sie zu einem positiven Lebensaspekt geführt?
- Konnten Lebensziele verwirklicht werden?
- Wie waren die Umstände der Migration?
- Gelang eine adäquate Integration?

# Bilanzierungskrise

Eine „Bilanzsymptomatik“ nach  
erfolgter Migration vor den  
Scherben eines ambitionierten  
und selbst gewählten  
Lebensplans gilt als häufigste  
Ursache für psychosomatische  
Erkrankungen bei Migranten.

# „kumulatives Schlamassel“

verminderte Belastbarkeit & auslösendes Ereignis

- > unverhältnismäßig starke Reaktion
- > Unverständnis bei Bezugspersonen & falsche professionelle Handlungen
- > Verschlechterung des sozialen Status
- > eingeengte Handlungsfähigkeit
- > chronische Patientenrolle

Brucks in Dettmers/Albrecht/Weiller 2002

# Verlauf der Migration

- Vielzahl von Überforderungssituationen
- Rechtliche Unsicherheiten
- Mangelnde Überschaubarkeit und Planbarkeit wichtiger Lebensabschnitte
- Diskriminierung und Ausgeliefertsein
- Aufgabe gewohnter Lebensformen

>>> damit erhebliche Stressbelastung

# Stressbewältigung

- Abhängig von der Persönlichkeitsstruktur und den sozialen Rahmenbedingungen (coping und social support)
- Nicht nur die großen „life events“ sondern die alltäglichen Dinge entscheidend – im positiven wie im negativen Sinn
- Gleichgewicht zwischen individueller Vulnerabilität und sozialer Unterstützung von Bedeutung

# Suchtprobleme

- Nicht nur unter der deutschen Bevölkerung, sondern auch bei Migranten weit verbreitet
- Sozialer Ausschluss und instabiles soziales Gefüge als wichtige Faktoren
- Vom deutschen Suchthilfesystem werden nicht-deutsche Betroffene kaum erreicht
- Sprachliche und kulturelle Unterschiede erschweren den Umgang mit der Suchtproblematik

# Suizidproblematik bei Migranten

- Suizide offenbar nicht gehäuft gegenüber Ursprungs- oder Aufnahmeland
- Suizidversuche etwas vermehrt bei Migranten weiblichen Geschlechts unter 45 Jahren im Vergleich zur deutschen Bevölkerung
- häufig mit „transkulturellen Konfliktsituationen“ verknüpft

Grube, Nervenarzt 2004

# Problem der „Hektik“

- Viele Arbeitsmigranten haben Probleme, sich an die in Westeuropa übliche Hektik am Arbeitsplatz und im Alltag anzupassen
- In Südosteuropa bisher eher größere Gelassenheit als Standard
- Klagen über „Stress“ auch bei Deutschen geläufig, bei Migranten eher noch häufiger

# „Ehre“

- der Ehre kommt besondere Bedeutung zu
- sie ist streng familienbezogen
- oft über Generationen hinweg bei entspr. Kränkungen kompensationsbedürftig und Genugtuung fordernd
- nach außen Vater oder ältester Sohn, nach innen oft die Mutter tonangebend

# Begutachtung

## Konkrete Forderungen:

- Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes
- Sensibilität und Empathiefähigkeit des Gutachters
- Planung einer längeren Begutachtungsdauer
- Kenntnis der rechtlichen Grundlagen des Aufenthaltes der Migranten

# Gutachtliche Konsequenzen

- Transkulturelle und ethnomedizinische Hintergründe müssen berücksichtigt werden
- Fehldiagnosen: körperliche Erkrankungen können als Aggravation oder Simulation verkannt werden oder es kann bei einseitiger Beachtung des körperlichen Beschwerdebildes die seelische Störung ausgeblendet werden

# Gutachtliche Konsequenzen

- Berücksichtigung spezifischer Aspekte der Migration und der Integration
- Eingehende biografische Anamnese
- Arbeitsbiografie mit Exploration der sozialen Situation
- Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung eruieren

# Gutachtliche Konsequenzen

- Keine schematische Zuordnung „alles psychogen“ ohne Krankheitswert
- Auch nicht schematisch „Heimwehreaktion und Entwurzelungsdepression“
- Migration nicht grundsätzlich pathogen!
- Gesellschaftliche, sozial- und geopolitische Konflikte können nicht durch unser soziales System gelöst werden

## ERLENKÄMPER (2000) stellt aus juristischer Sicht fest:

- Für die Migrationsproblematik gelten die selben Grundsätze wie bei anderen neurotischen Störungen
- Schwierigkeit der Abgrenzung zu Rentenbegehrungstendenzen
- an den Nachweis eines krankheitswertigen Prozesses sind strenge Anforderungen zu stellen
- Stets zu prüfen, ob durch zumutbare Willensanspannung überwindbar
- oder ob so fixiert, dass dem Willen entzogen

# Fazit:

Nicht die Migration als solche macht krank, vielmehr wie sie erfolgte, inwieweit eine adäquate Integration gelang und welche sozialen und ökonomischen Konsequenzen daraus resultieren.

##



W. Hausotter M. Schouler-Ocak

# Begutachtung von Menschen mit Migrationshintergrund

unter medizinischen und  
psychologischen Aspekten



URBAN & FISCHER