



Redaktion S-A-D:

Herr Dr. Gün, wir beschäftigen uns im Problembereich S-A-D mit dem Syndrom aus Schmerz, Angst und Depression. Sie arbeiten als Psychologe viel mit ausländischen Patienten. Deswegen würden wir von Ihnen gerne wissen, ob ausländische Patienten, speziell die türkischen, Schmerzen anders erleben als deutsche?

Herr Dr. Gün:

Ja, es gibt kulturelle Unterschiede. Das Schmerzempfinden und auch der Schmerzausdruck sind natürlich erst einmal individuell unterschiedlich, egal aus welcher Kultur der Mensch kommt. Aber wie ein Patient auf diese individuelle Art und Weise seine Schmerzen ausdrückt bzw. wahrnimmt, hängt davon ab, wie er sozialisiert ist. So gibt es eine kulturell gelernte Art und Weise, wie man Schmerzen empfindet und zum Ausdruck bringt. Türkische Patienten erleben die Schmerzen z. B. als eine Ganzheit, eine ganzheitliche Empfindung und Wahrnehmung von Schmerz. Das heißt, wenn ein Organ schmerzt, dann sagt man nicht, dieses Organ tut weh oder da habe ich Schmerzen, sondern man sagt, ich bin krank. Wenn der türkische Patient über seine Schmerzen auf diese kulturell gelernte Art und Weise berichtet und die Ärzte oder Therapeuten diese kulturellen Werte nicht kennen, kommt es zu Problemen. So geht der türkische Patient zum Arzt und sagt, ich bin krank. Es ist nun die Aufgabe des Arztes herauszufinden, was er hat. Der deutsche Arzt wiederum erwartet von den türkischen Patienten eine differenzierte Beschreibung, also er soll beschreiben, wo es weh tut, welches Organ usw. Diese Erwartungshaltung ist ein Missverständnis, weil der Patient, um eine differenzierte Beschreibung machen zu können, erst einmal die Anatomiekenntnisse haben muss. Aber ein Patient, der z. B. aus einer ländlichen Gegend der Türkei kommt und Analphabet ist, hat es nicht gelernt, sich differenziert auszudrücken. Er fühlt sich nicht gut, geht deshalb zum Arzt, und der Arzt soll den Grund dafür herausfinden.

Redaktion S-A-D:

Wie weit spielt bei diesen Missverständnissen die Sprache eine Rolle oder sind die kulturellen Unterschiede, das Schmerzerleben auszudrücken, wichtiger?

Herr Dr. Gün:

Sprache spielt auch eine sehr große Rolle, aber eben nicht die einzige. Oft wird die Verständigung zwischen Arzt und Patient ja auf eine sprachliche Ebene reduziert. Es gibt Redewendungen im Türkischen, die sozusagen Organchiffren darstellen und erst einmal dechiffriert werden müssen. Was bedeutet es z. B., wenn ein türkischer Patient Ihnen sagt, ich habe meinen Kopf erkältet? Das ist eine rein organische Ausdrucksweise, eine wortwörtliche Übersetzung. Wenn ich in Fortbildungen und Seminaren deutsche Kollegen frage, kommen unterschiedliche Deutungen: Er hat was am Kopf, er hat eine Erkältung, er hat Kopfschmerzen, er hat irgendeine organische Beschreibung, aber es wird keine psychische Befindlichkeit daraus entnommen. Der türkische Patient sagt damit aber nichts anderes als: Mir geht es schlecht, ich bin dabei durchzudrehen, ich bin verrückt geworden. Oder ein anderes Beispiel: Meine Gallenblase ist geplatzt. Eine Kollegin rief mich an und sagte: Ali komm schnell, die Patientin ist so in Aufregung, sie sagt, ihre Gallenblase ist geplatzt. Ich weiß nicht, was ich machen soll. Ich habe gelacht und sie hat sich gewundert, warum ich so gelassen reagiere. Meine Gallenblase ist geplatzt, heißt aber einfach, ich habe mich erschrocken. Also, vor Angst ist mir meine Gallenblase geplatzt. Das ist eine Beschreibung der psychischen Befindlichkeit in der Organsprache. Diese Sprache wird benutzt, um auf den seelischen Zustand aufmerksam zu machen. Das muss man erst einmal wissen.

Redaktion S-A-D:

Wir in Deutschland haben ja auch eine Laus, die über die Leber läuft oder Herzschmerzen aus Liebe. Wir haben also selbst noch Rudimente einer solchen emotionalen Ausdrucksweise, die an Organen gespiegelt wird. Als Ärzte denken wir aber in der Regel in einer organopathologischen Sicht. Aber eine Zwischenfrage: Gilt dies denn für alle Türken oder muss man einen Unterschied machen zwischen der Zentraltürkei und den Küstengebieten?

Herr Dr. Gün:

Das ist eine sehr wichtige Frage. Für mich sind die Unterscheidungskriterien: Kommt der Mensch aus ländlichen Gebieten oder kommt er aus städtischen Gebieten? Kommt er aus der Osttürkei oder aus der Westtürkei? Welchen religiösen Hintergrund hat er? Wie religiös ist er? Ich frage immer detailliert nach, welchen Hintergrund hat er oder sie, wie traditionell, wie "genormt" ist die Familie, wie ist sie sozialisiert? So gesehen darf man wirklich nicht alle Türken über einen Kamm scheren. Deswegen sage ich auch, dass man jeden Menschen wirklich individuell betrachten muss, dass man Hintergrundwissen haben muss, aus welchem Land er kommt, welche Wertvorstellungen er hat usw. Sie können einen in Istanbul sozialisierten Menschen weniger mit einem in der anatolischen Norm sozialisierten vergleichen als den aus Istanbul mit einem Deutschen. Außerdem kommen Unterschiede in der gesellschaftlichen Stellung und Bildungsunterschiede hinzu. Besonders wichtig ist die Religiosität. Die Türkei ist ein Land mit dem Islam als Hauptreligion, selbst auch ein Kriterium, aber je nachdem, woher der Mensch kommt, kann er unterschiedlich stark religiös geprägt sein. So kann auch sein Krankheitsverständnis religiös geprägt sein, das heißt, er kann die Krankheit auf eine traditionell magisch-religiöse Art und Weise verstehen, erklären und entsprechend seine Behandlungs- und Heilungsvorstellungen haben. Wenn jemand z. B. sagt, ich habe hier Schmerzen, weil ich mit dem falschen Fuß die Türschwelle übertreten habe, ich bin also von Dämonen befallen, dann hat er auch für die Heilung eine bestimmte Erwartung. Die Heilung erwartet er dann nicht vom Arzt. Er geht zwar zum Arzt, weil im Koran steht, ich soll zu den Experten gehen und Heilung holen, aber bevor oder nachdem er beim Arzt war, geht er höchstwahrscheinlich zu einem traditionellen Heiler. Der hat aber eine andere Vorstellung von Krankheitsursache und Heilung. Vielleicht wird er sagen: Ach das ist Quatsch, was der Arzt Ihnen gesagt hat, lassen Sie die Medikamente weg.

Ich glaube, dass der Problembereich aus Schmerz, Angst und Depression bei den aus der türkischen Kultur kommenden Menschen wahrscheinlich eine wichtigere Bedeutung als bei den deutschen Patienten hat. Denn bei diesen Patienten werden viele seelischen Leiden mit körperlichen Organen chiffriert und deshalb nicht zwischen beidem differenziert. Man sagt nicht, ich habe Angst, man sagt, meine Gallenblase ist geplatzt. Ich beobachte bei den türkischen Patienten, dass hier eher seelische Probleme zu den körperlichen Funktionsbeschwerden wie z. B. den Schmerzen führen und Schmerz wiederum Angst auslösen und zu Depressionen führen kann. Weil diese Menschen aber nicht in der Lage sind, differenziert zu beschreiben, was das eigentliche Problem ist, und nur mit organischen Beschwerden kommen, besteht in Deutschland die Gefahr, dass man dazu neigt, dahinter liegende psychische Erkrankungen zu übersehen oder als Somatisierungsstörung zu verhandeln. So gibt es Untersuchungen, dass bei Migranten die Eingangsdiagnosen und die Erfassungsdiagnosen viel unterschiedlicher sind als bei den deutschen Patienten. Wenn sprachliche, ethnische oder religiöse Barrieren vorhanden sind, dann versteht man als Arzt den Patienten nicht und hält es für eine Somatisierungsstörung oder man gibt ihm eine Verlegenheitsdiagnose. Umso wichtiger ist es, den

Problembereich S-A-D ganzheitlicher zu betrachten, also Schmerz, Angst und Depression im wirklichen Zusammenhang zu sehen. So kann es vorkommen, dass ein Orthopäde 20 Jahre lang einen türkischen Patienten mit Spritzen behandelt, ohne dahinter liegende, ihn belastende psychische Probleme, ob familiär oder migrationsbedingt, zu berücksichtigen. Es erfolgte eben keine richtige kulturspezifische Anamnese. Andererseits bekomme ich auch öfter Patienten, bei denen der Arzt nicht versteht, worum es geht, und dann eine Depression diagnostiziert, und bei einer Routineuntersuchung wird dann ein Blutzucker von 600 festgestellt. Der Patient muss natürlich sofort stationär behandelt werden.

Redaktion S-A-D:

Ich unterscheide ja zwischen den seelischen Schmerzen und den körperlichen Schmerzen. Jemand, der seelisch verletzt ist, ob das ein Trauma war, wie ein Autounfall oder eine Vergewaltigung, finanzielle Probleme oder Mobbing, leidet sehr. Viele dieser Traumata, z. B. eine Vergewaltigung, aber auch finanzielle Dinge oder Potenzstörungen, äußert man in Deutschland aber nicht. Das ist wie ein Tabu. Die Patienten gehen stattdessen zum Arzt und sagen, ich habe Rückenschmerzen. Seelische Empfindungen werden von Deutschen also häufig somatisiert. Umgekehrt gibt es natürlich auch die Fälle, wo jemand Rückenbeschwerden hat und darüber langsam depressiv wird. Gibt es bei Türken auch solche Phänomene? Ist es erlaubt, über seelische Probleme zu sprechen?

Herr Dr. Gün:

Also, bei den Türken sind zwei Sachen zu berücksichtigen. Erstens, über seine Probleme, auch seelische, zu reden, ist grundsätzlich kulturell üblich. Man redet über seine Probleme und, indem man über sie redet, werden die Probleme gelindert. Wir sagen ja: geteiltes Leid, halbes Leid. Zweitens, es gibt Sachen, über die man nicht mit jedem redet. Die türkische Gesellschaft ist eine kollektivistische Gesellschaft, im Gegenteil dazu ist die deutsche Gesellschaft eher individualistisch geprägt. In dem Kollektiv, vor allem der Familie, gibt es Sachen, über die man nicht redet bzw. nicht mit den Außenstehenden redet. Also, ich gehe nicht zu einem wildfremden Menschen, auch wenn er Psychologe, Psychotherapeut oder Arzt ist und rede mit ihm über Probleme, die ich mit meiner Frau oder mit meiner Familie habe. Bei einem türkischen Patienten muss ich deshalb viel mehr Überzeugungsarbeit leisten als bei einem deutschen. Vor allem spielt das Vertrauensverhältnis eine größere Rolle. Einem türkischen Patienten muss ich hundertmal versichern, dass aus diesen vier Wänden nichts hinausdringt..

Redaktion S-A-D:

Wenn ich nun einen Türken ausdrücklich fragen würde: Haben Sie Probleme in der Familie? Würde er dann ehrlich antworten oder ausweichen?

Herr Dr. Gün:

Er würde erst einmal sagen: Nein, ich habe keine Probleme. Es läuft sehr gut.

Redaktion S-A-D:

Wie kann ein deutscher Arzt solche seelischen Probleme erkennen? Haben z. B. türkische Patienten besondere Ausdrucksweisen, wenn sie ihre Depressionen darstellen?

Herr Dr. Gün:

Ja, er sagt, mir geht es nicht gut. Aber jeder Mensch drückt das natürlich individuell aus. Bereits wenn ein Patient mein Wartezimmer betritt, drückt er damit aus, dass ihm etwas fehlt. Davon muss ich zu erst einmal als Voraussetzung ausgehen. Dann kommen meine Kunst und meine zeitlichen Ressourcen, wie ich herausbekomme, was er eigentlich hat. Da stoßen die Behandler wirklich an die Grenzen, z. B. kein Arzt kann sich 2 Stunden Zeit nehmen für eine gründliche Anamnese. Der Therapeut muss deshalb, meiner Vorstellung nach, interkulturell kompetent sein. Was heißt das aber, interkulturelle Kompetenz? Ich muss erst mal davon ausgehen, ich bin Deutscher und der Mensch kommt aus einer anderen Kultur. Welche Frage muss ich stellen? Und welche Fragen darf ich am Anfang vielleicht nicht stellen, was brauche ich erst mal für unser Gesprächs-Setting, um herauszufinden, was er hat. Wenn ich einen Patienten habe, den ich seit 20 Jahren behandle, und ich kein einziges Mal länger als eine halbe Stunde mit ihm gesprochen habe, dann muss ich meinen Beruf infrage stellen.

Redaktion S-A-D:

Ich würde es das Kongruenzproblem nennen, wenn zwei Informationen nicht zueinander passen, genau da muss man einhaken. Dann stelle ich ein paar Fragen, lasse den Patienten erzählen und achte darauf, was passt in das Gesamtbild und was nicht. Das ist eine ganz einfache Methode, die man schnell erlernt. Aber jetzt komme ich noch mal zurück: Wenn ein fremdländischer Patient zum Arzt kommt und sagt: Mir geht es schlecht, ich bin krank oder mir geht es nicht gut, dann kommt meistens die Rückantwort, dass der Arzt sagt: Ja, wo tut es weh? Machen Sie das auch so?

Herr Dr. Gün:

Nein. Der Patient kommt nicht wegen dem Wehtun, sondern er fühlt sich erst mal nicht wohl und deshalb frag ich ihn als Psychotherapeut, warum fühlen Sie sich nicht wohl.

Redaktion S-A-D:

Genau. Oder der Arzt sagt, wo ist das Problem? Und dann, meiner Meinung nach, kann man schon hingehen und ohne jetzt auf das Körperliche einzugehen, das Umfeld ableuchten. Ist mit der Familie alles in Ordnung, mit der Ehefrau, wie ist es sonst im Leben, wie sind Sie großgeworden? Hab ich das abgecheckt, dann komme ich vielleicht zum Körperlichen. Aber das ist genau umgekehrt zu dem, was der Arzt in seiner Ausbildung lernt.

Herr Dr. Gün:

Weil er eben lernt, symptomorientiert zu arbeiten, genauer, Körpersymptomorientiert. Ich glaube, dass das Thema der Behandlung von Migranten-Patienten eine Chance für unsere Medizin bietet, unser Behandlungskonzept noch einmal gründlich zu überdenken. Und zwar, dass wir wieder anfangen, die Menschen nicht mehr als einzelne Organe zu betrachten, sondern ganzheitlich zu sehen, mit dem dahinter stehenden Problem. Weil wir sehen, bei den Migranten kommen wir mit dem bisherigen Konzept nicht weiter. Ich habe Patienten gesehen, die seit Jahren von einem Arzt zum nächsten gegangen sind. Eine Patientin ist z. B. in über 20 Jahren bei 22 Ärzten gewesen. Keiner dieser Kollegen ist auf die Idee gekommen, diese Frau hat doch etwas anderes. Die Dame hat mir erzählt: "Also wissen Sie, Sie sind die allererste Person, der ich in meiner Sprache mit meinen eigenen Worten erzählen kann, worum es geht." Und damit kommen wir auf die Probleme. Erst einmal muss die sprachliche Verständigung gesichert werden und dann muss vom Arzt eine interkulturelle Kompetenz erworben werden. Aber viel zu wenig der ärztlichen Fort- und Weiterbildung bezieht sich auf das Thema Migration. Wir haben 14 Millionen Menschen in Deutschland, die einen Migrationshintergrund haben, in der Stadt Köln hat sogar jeder Vierte einen Migrationshintergrund. Bei 633 niedergelassenen Psychotherapeuten haben wir in Köln nur 2 türkischsprachige Therapeuten für potenziell 177.000 türkischsprachige Menschen. So kommen wir nicht weiter. Wir müssen uns auf die Zuwanderungsgesellschaft einlassen und sagen, wir strukturieren uns um auf die Bedingungen der Migration. So dürfte sich z. B. in Deutschland kein Student Mediziner nennen, wenn er in dem Fach interkulturelle Kompetenz, ich sage das jetzt so, aber Sie können es auch anders nennen, nicht eine Prüfung abgelegt hat. Dann sind wir ein Zuwanderungsland, dann können unsere

Mediziner, unsere Psychotherapeuten usw. sich entsprechend der Bedürfnisse der Migranten-Patienten betätigen. Eben ist hier ein junger, männlicher Patient hereingekommen, der ein Drogenproblem hat, Scheidungsproblem etc., aber auf einer anderen Station liegt und ich habe gesagt: Meine Kollegin ist doch für diese Station zuständig. Ja, ja, ich bin auch bei dieser Kollegin, aber, Entschuldigung, ich möchte nicht etwas gegen Ihre Kollegin sagen, aber ich glaube, mein Problem versteht sie nicht. Ich habe gesagt: Wie, versteht sie nicht? Natürlich versteht sie. Er sagte: Wissen Sie, unsere Tradition, unsere Normen, das ist irgendwie anders. Er fühlte sich von den deutschen Kollegen einfach nicht verstanden. Ich habe gesagt: Wo sind Sie geboren? In Deutschland. Also, ich habe mit ihm in Deutsch gesprochen, aber er hatte Probleme, die mit der Familie zu tun hatten. Meine zweite, dritte Frage, nachdem er den Konflikt mit seiner Freundin erzählt hatte, war: Sind Sie eine religiöse Person? Ja, ja, aber meine Freundin ist religiöser. Ich habe gesagt: Sie sind Alevit, sie ist Sunnitin? Genau das ist es. Also, meine deutsche Kollegin kann diese Frage nicht stellen, sie müsste erst einmal diese Unterscheidung kennen. Deshalb meine ich, wir benötigen eine intensive Fort- und Weiterbildung für unsere deutschen Kollegen und wir müssen verstärkt Mutter- und Fremdsprachler beschäftigen. Wir müssen multikulturelle Teams bilden. Wenn ein Arzt z. B. in Chorweiler arbeitet, muss er einen russischsprachigen Mitarbeiter dabei haben.

Redaktion S-A-D:

Jetzt noch ein paar Gedanken, die wir dem Praktiker mitgeben können. Also einmal haben wir gesagt, in der Diagnostik sind Migranten schwierig, weil sie immer nur sagen, ich bin krank, und dann muss man nachfragen. Das könnte man in einer weiteren Fortbildung auch mal als Fortbildungsthema anbieten, wie man so etwas macht in der Diagnostik.

Jetzt kommt das Zweite: Was können wir zur Therapie von Migranten sagen? Ich habe die Beobachtung gemacht, dass diese Kulturen familienorientiert sind, Sie haben das kollektivistisch geprägt genannt, während wir individual orientiert sind. Wie wirkt sich das auf die Therapie aus? .

Herr Dr. Gün:

Im ambulanten Setting habe ich die Erfahrung gemacht, dass es bei Migranten-Patienten eigentlich nicht anders ist als bei den deutschen Patienten, aber aufgrund dieser kollektiven Strukturen kommt es bei Migranten-Patienten, besonders bei den türkischen Patienten, verstärkt auf die Fremdanamnese an. Wenn ich mit den Angehörigen rede, dann bekomme ich erstens viele Informationen und zweitens erreiche ich den Patienten viel besser, wenn ich die Familie erreiche. Ich habe hier z. B. eine junge türkische Frau, die seit 2 Jahren in Deutschland ist, kein Wort Deutsch kann usw. Wenn ich ihr sage: Wissen Sie , ich habe Ihr Problem erkannt, Sie müssen zur Behandlung, Sie müssen zu einem Psychiater bzw. einem Psychotherapeuten, wird sie aus Höflichkeit ja, ja sagen, aber sie wird es nicht machen. Um das zu verstehen, muss ich die Familienstruktur kennen. Sie ist eine, die neu geheiratet hat, die neu Gekommene, und steht in der untersten Stufe der Familienhierarchie. Ich muss ihren Mann bzw. den Schwiegervater oder die Schwiegermutter erreichen, mit ihnen reden, das Problem schildern und sie von der Behandlungsnotwendigkeit überzeugen. Dann wird es möglich sein, dass diese Patientin sich weiter behandeln lässt. Das heißt, je nachdem, welches Problem ich habe oder welche Krankheit vorliegt, muss ich mit unterschiedlichen Familienkonstellationen arbeiten. Ich sage dazu immer, kontextgebunden arbeiten, je nach dem Familienkontext, diagnostischen Kontext usw. Ich muss mich immer orientieren, wo ich mich bewege.

Redaktion S-A-D:

Das heißt also, bei türkischen Patienten ist der Familienkontext sehr wichtig. So erleben sie ihre Krankheiten und so erleben sie ihre Umwelt, so erleben sie alles und das bedeutet eben, im Grunde genommen gehört immer ein Familienstrukturdiagramm dazu. Oder die zweite Frage muss sein: Wie kommen Sie zu Hause zurecht? Seit wann sind Sie in der Familie? Wann haben Sie geheiratet? All diese Dinge.

Herr Dr. Gün:

Genau. Deswegen sage ich, wir haben ja einen anamnestischen Blick, einen diagnostischen Blick, einen medizinischen Blick, wir haben unseren Anamnese-Leitfaden in unseren Köpfen. Aber wenn wir mit Migranten arbeiten, dann müssen wir auch einen anderen, spezifischen Anamnese-Leitfaden haben, und der ist bedingt durch interkulturelle Kompetenz.

Redaktion S-A-D:

Wie machen das denn türkische Ärzte in der Türkei? Machen sie einen Familienhintergrund oder haben sie den türkisch-diagnostischen Blick?

Herr Dr. Gün:

Also, es klingt einfach, aber ich glaube, die haben wirklich einen türkisch-diagnostischen Blick. Normalerweise hat ein türkischer Arzt einen anderen Blick als ein deutscher. Sie haben vielleicht weniger therapeutische Kompetenzen als wir hier, je nachdem, aber sie haben einen Blick für ihre türkischen Patienten. Für einen türkischen Arzt ist es z. B. selbstverständlich, wenn jemand aus Van kommt, dann weiß er, welche Stadt das ist, dafür braucht er keinen Anamnese-Leitfaden zu haben.

Redaktion S-A-D:

Ich habe noch eine Frage zu dem Begriff Migranten. Jetzt haben Sie natürlich sehr viel mit türkischen Patienten zu tun. Aber Migranten können ja auch Leute aus ganz anderen Ländern sein. Sehen Sie da eher Parallelen, wenn Sie jetzt mal den Mittelmeerraum nehmen oder unterscheiden sich Portugiesen zu Türken oder Spaniern? Das sind ja auch Gruppen, von denen viele in Deutschland leben.

Herr Dr. Gün:

Ich glaube schon, dass sie sich teilweise sogar sehr unterscheiden können. Es gibt Parallelen und es gibt Unterschiede. Ich kann z. B. Sizilien wegen seiner industriellen Entwicklung besser mit der Osttürkei vergleichen als mit Norditalien. Ich glaube, dass die geografischen Unterschiede auch einen Einfluss haben, religiöse Unterschiede, Italiener christlich, Türkei mohammedanisch, Spanien christlich usw. Ich weiß, dass es diese Unterscheidung gibt, aber mit interkultureller Kompetenz meine ich nicht, dass wir alle Kulturen kennen müssen. Interkulturelle Kompetenz ist für mich eine Haltung, eine Haltung, die durch Neugier, durch das Nachfragen usw. geprägt ist. Also, ich nehme einen Menschen, der mir gegenüber sitzt, ein unentdecktes Land, ein unentdecktes Werk, ich bin neugierig darauf und frage ihn. Ich muss mich auf meinen Patienten einlassen und ihn fragen, was es bedeutet, was er gerade erzählt. Die Bedeutung, die individuelle Bedeutung, die er dieser Äußerung, diesem Symbol, dieser Krankheit oder diesem Symptom gibt, herausfinden. Das ist die Hauptsache. Wenn ich das habe, dann kann ich die Menschen aus Bayern so gut behandeln wie Menschen aus Afrika oder aus Indien oder aus der Türkei.

Redaktion S-A-D:

Glauben Sie, es wäre sinnvoll, den deutschen Kollegen interkulturelle Anamnese-Leitfäden oder Diagnose-Leitfäden zur Verfügung zu stellen?

Herr Dr. Gün:

Weniger eigentlich. Also, um sie für das Problem zu sensibilisieren, könnte man es schon machen, aber ich habe bisher von niemandem gehört, der einen benutzt hat. Vielleicht haben sie ihn ja in der Schublade und wissen, ach ja, darauf soll man achten. Wir brauchen mehr Überzeugungsarbeit. Meine These ist, dass jemand, der nicht interkulturell kompetent ist, der nicht in der Lage ist, mit den Migranten-

Patienten zu arbeiten, der ist wahrscheinlich in seiner Arbeit mit deutschen Patienten auch nicht so gut, um es ein bisschen provokant auszudrücken. Warum sage ich das? Auch ein Mensch, der psychotisch ist, ist eine fremde Person. Er hat andere Kommunikationsstrukturen, er lebt in einer anderen Welt. Also, ich muss eine Empathie, ich muss einen Zugang zu ihm finden und versuchen, zu verstehen, dass er in einer Welt lebt, die mir fremd ist. Und versuchen, nachzuempfinden, was es bedeutet, in solch einer Welt zu leben. Auch Krankheit ist etwas, was fremd ist. Viele meiner deutschen Kollegen vertreten die Gleichbehandlungsmaxime und sagen, wir behandeln alle gleich. Ich hingegen glaube, indem ich unterschiedliche Menschen gleich behandle, behandle ich sie unterschiedlich, also ungleich. Ich kann nicht zwei verschiedene Personen gleich behandeln. Indem ich einen Migranten-Patienten genauso behandle wie einen deutschen Patienten, habe ich die kulturelle oder sprachliche Besonderheit dieses Patienten ignoriert. Also, ihn nicht auf seine spezifischen Probleme hin, individuell sozusagen, behandelt. Eine meiner Hypothesen ist, dass die deutschen Therapeuten dazu neigen, die kulturellen Differenzen über- bzw. unter zu-bewerten. Mal sagen sie, der ist aus einer anderen Kultur, den verstehe ich nicht. Mal sagen sie, ach kulturell, das ist kein Unterschied, egal ob Deutsche oder Türken, das ist das Gleiche. Beides ist falsch, die Wahrheit ist in der Mitte. Sowohl Überbetonung als auch Verleugnung sind keine richtigen Ansätze. Deswegen sage ich, auch ein deutscher Therapeut kann mit einem Türken genauso gut arbeiten, aber er muss interkulturell kompetent sein.

Redaktion S-A-D:

Vielen Dank für das Gespräch.

(Das Interview führte PD. Dr. med. Norbert Kohnen)