Zeitschrift: Tsantsa : Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft = revue de la Société suisse d'ethnologie = rivista della Società svizzera d'etnologia

Herausgeber: Schweizerische Ethnologische Gesellschaft

Band: 7 (2002)

Artikel: Trauma und Medikalisierung : die Flüchtlingserfahrung in der Schweiz

Autor: Salis Gross, Corina

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1007436

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Trauma und Medikalisierung

Die Flüchtlingserfahrung in der Schweiz

Corina Salis Gross

Migrationspolitik

In der Schweiz werden in den letzten Jahren Fragen zu Migration und Gesundheit intensiv diskutiert und dabei ziehen insbesondere Asylsuchende und Flüchtlinge als Herausforderung für die Gesundheitsversorgung Interesse auf sich (Bundesamt für Gesundheit 2001).[1] Zwei Faktoren sind in diesem Prozess zentral:

Integrationsprobleme können sich in komplexen Beschwerdebildern äussern, welche u.a. im Medizinsystem vorgetragen und bearbeitet werden. Das ist umso offensichtlicher, als diese Gruppen von MigrantInnen[2] oft spezifische Gesundheitsprobleme aufweisen: Erhöhte Gesundheitsrisiken treten u.a. im Zusammenhang mit den Ursachen für Flucht und Migration auf, mit deren konkretem Verlauf (z.B. Gewalterfahrungen, Lageraufenthalte) und mit der Situation in den Aufnahmeländern, welche nicht selten mit Ausgrenzung verbunden ist (z.B. Erwerbslosigkeit und unsicherer legaler Status) (Gilgen et al. 2002b; Pedersen 2002; Weiss 2002). In der Schweiz werden Gesundheitsprobleme gleichzeitig zum Kriterium für die temporäre Aufnahme von bestimmten Gruppen von MigrantInnen: Während des Krieges in Bosnien definierte der Bund – zuerst unter dem Begriff «Gewaltflüchtlinge» – eine neue rechtliche Kategorie von «Schutzbedürftigen», welche dann im Asylgesetz verankert wurde: «Die Schweiz kann Schutzbedürftigen für die Dauer einer schweren allgemeinen Gefährdung, insbesondere während eines Krieges oder Bürgerkrieges sowie in Situationen allgemeiner Gewalt, vorübergehenden Schutz gewähren.» (Asylgesetz 1999, Art. 4). Zumindest implizit verweist diese neue rechtliche Kategorie auf erhebliche (gewalt- und kriegsbedingte) gesundheitliche Risiken, welchen die Betroffenen ausgesetzt sind. Ebenfalls im Zuge der Konflikte im Balkan plädierte das Bundesamt für Gesundheit für ein systematisches *screening* aller Asylsuchender im Hinblick auf Traumatisierungen, um Gewaltopfer rascher zu erkennen und damit den gesundheitlichen Folgen vorzubeugen (Arbeits-

[1] Beim vorliegenden Artikel handelt es sich um eine gekürzte und leicht geänderte Fassung eines Texts aus der Zeitschrift «Culture, Medicine and Psychiatry». Ich danke der *Tsantsa*-Redaktion und Kathrin Oester für wichtige Hinweise und Kritik.

[2] Für eine kritische Reflexion der Begriffe MigrantInnen und Migration im wissenschaftlichen und politischen Diskurs vgl. Wicker 2002.

gruppe Grenzsanitarische Untersuchung 1995). Diese wichtigen Verknüpfungen von klinischen Erkenntnissen und asylpolitischen Strategien führen gleichzeitig zu ethischen und praktischen Dilemmata: Das soziale Leiden (*social suffering*, Kleinman 1995) der MigrantInnen wird durch solche diskursive Elemente mitstrukturiert und auch subjektiv zu einer Erfahrung kondensiert, welche von «klinisch signifikanten» Termini durchzogen ist und damit medikalisiert wird (Watters 2001).[3] Unterstützt wird diese Tendenz durch die – im Vergleich zum Arbeitsmarkt oder zur politischen Partizipation – leichte Zugänglichkeit des Gesundheitssystems für MigrantInnen: Auch Asylsuchende sind zumindest grundversichert.[4] «Krank» zu sein bzw. zu werden, scheint in diesem Umfeld eine adäquate und manchmal zwangsläufige Reaktion zu sein.

Der zweite Faktor besteht darin, dass auch Akteure, welche die Anliegen von MigrantInnen vertreten (Hilfswerke, Sozialarbeit etc.) und die Anbieter im Medizinssystem selber allfällige Probleme der Betroffenen vorerst mittels medizinischer Konzepte identifizieren und ihre Dienstleistungen aktiv anbieten. Im Zuge des Strukturwandels im Gesundheitswesen beispielsweise ist die Ärztedichte in einigen Regionen der Schweiz unterdessen an Grenzen gestossen und für Anbieter, welche sich neu platzieren möchten, sind PatientInnen mit komplexen (psychosozialen) Problemlagen zu einer ökonomisch bedeutenderen Klientel geworden. Die Anbieter reagieren damit aber auch auf das Angebot der Asylgesetzgebung, welche sich u.a. auf medizinische Diagnosen stützt, um Asylentscheide zu treffen und um den genannten Akteuren Ressourcen zur Unterstützung der Integration von Asylsuchenden und Flüchtlingen zu erschliessen.

Die Medizin spielt also eine entscheidende Rolle im Alltag der Asylsuchenden und Flüchtlinge wie auch in der alltäglichen Routine der schweizerischen Migrationspolitik und -praxis. Sie ist ein Instrument unter anderen, welche genutzt werden um politische oder individuelle Ziele zu verfolgen. Diese Ziele führen in der Regel weit über den medizinischen Gegenstand im engeren Sinn hinaus.

Trauma und Gewalt

Gewalterfahrung, Trauma und Traumatisierung sind wichtige diskursive Elemente in der rezenten Migrationsdebatte. Dies ist international vor allem der Fall, seit 1980 die diagnostische Kategorie PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) nach Interventionen von Veteranen aus dem Vietnam-Krieg Eingang in das psychiatrische Manual DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) erhalten hat[5] und sich popularisierte Versionen von «traumatischer Erfahrung» oder von «Trauma» bereits in der Alltagssprache fortsetzen.[6] In Europa waren es u.a. wiederum die Konflikte auf dem Balkan in den 1990er Jahren, welche die Adaptation dieser Elemente in verschiedensten Bereichen förderte, die sich mit der Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen beschäftigen. Die Mechanismen, welche die Verbreitung und Akzeptanz dieses Referenzrahmens in der Schweiz akzeptabel machten, sind vielfältig. Die Schaffung von rechtlichen Grundlagen, die Aktivitäten von NGOs wie des Schweizerischen Roten Kreuzes und auch die Ethnologie spielten dabei eine Rolle:

Die Einführung des Opferhilfegesetzes Anfang der 1990er Jahre, welches die Hilfeleistung und Rechtsstellung von Opfern von Straftaten verbessern sollte (Bundesgesetz OHG vom 4. Oktober 1991), war u.a. aufgrund von feministischen *pressure groups* entstanden, welche die öffentliche Sensibilisierung für die Situation von traumatisierten Frauen und Kindern im Zusammenhang mit sexuellen Übergriffen und häuslicher Gewalt forderten.[7] Dies führte auch zu einer stärkeren Sensibilisierung gegenüber traumatisierenden Gewalterfahrungen von MigrantInnen und das Gesetz dient heute den Betreuungsinstitutionen als wichtige Grundlage für die finanzielle Unterstützung von Frauen und Kindern, welche familiärer Gewalt ausgesetzt sind.

[3] Ähnliche Effekte sind auch für andere Bereiche beschrieben (wie z.B. Alter und Frauengesundheit) und in einem grösseren Rahmen zur gesellschaftlichen Rolle der Biomedizin zu verorten (vgl. z.B. Lock 2002).

[4] Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Sans-papiers, welche nicht versichert ist und erst auf vereinzelte Angebote zurückgreifen kann (vgl. Efionayi-Mäder et al. 2002).

[5] Zur psychiatrischen Definition von PTSD vgl. z.B. Frey 2001 oder Moser 2001.

[6] Kritische Stimmen bedauern diese Diffusion einer psychiatrischen Kategorie (Young 1995). Seit kurzem spielt PTSD auch eine zentrale Rolle für die Definition von *mental health* Bedürfnissen ganzer Bevölkerungsgruppen und für die Prioritätensetzung in der internationalen Arena des öffentlichen Gesundheitswesen (Kleinman 1995).

[7] Zur Diskussion um das Konzept Trauma im Zusammenhang mit Frauengesundheit und Feminismus vgl. z.B. Wilson 1999.

Ebenfalls anfangs der 1990er Jahre zeigte eine ethnologische Studie auf, dass mindestens ein Viertel aller anerkannten Flüchtlinge systematisch gefoltert worden waren, bevor sie in der Schweiz um Asyl nachsuchten (Wicker 1993). Die Studie basierte auf Akten des Bundesamtes für Flüchtlinge und veranlasste das Schweizerische Rote Kreuz dazu, 1995 ein Therapiezentrum für Folter- und Kriegsopfer einzurichten.[8]

Für die NGOs, die sich der Betreuung von Flüchtlingen in der Schweiz widmen, ergab sich in den späten 1990er Jahren durch die sogenannte «Kantonalisierung» der Ressourcen eine neue Situation. Hatte früher der Bund direkt Finanzen gesprochen, liegt dies nun in der Verantwortlichkeit der Kantone und der Wettbewerb unter den NGOs um diese Ressourcen hat sich intensiviert. NGOs sind jetzt stärker gefordert, unternehmerisch zu funktionieren und neue finanzielle Ressourcen zu erschliessen. Der Gesundheitssektor scheint dabei ein vielversprechendes Feld zu werden, weil hier neue Gelder für die Etablierung migrationsspezifischer Bildungs-, Präventions- und Forschungsprogramme, für Anpassungen im allgemeinen Versorgungsangebot sowie für spezielle Therapien von traumatisierten Asylsuchenden und Flüchtlingen zur Verfügung stehen (Bundesamt für Gesundheit 2001).

Auch die WHO stützt sich bei der Finanzierung von Projekten in den Herkunftsländern von MigrantInnen unterdessen stark auf psychosoziale Bedürfnisse und Traumabearbeitung (Kleinman 1995). Seit der Ratifizierung des «Istanbul-Protokolls»[9] im Jahre 2000 ist es für Organisationen, welche in der Schweiz oder in den Herkunftsländern mit Flüchtlingen arbeiten, vital geworden, mit medizinischen Konzepten zu argumentieren.

Eine kritische Reflexion dieses Prozesses hat in der Schweiz wie auch international erst kürzlich begonnen. Sie beschäftigt sich mit den Grenzen der Anwendung medizinischer Konzepte im Migrationskontext (vgl. Loncarevic et al. 2001; Gilgen et al. 2002a; Frey 2001; Moser et al. 2001; Watters 2001; Pedersen 2002) und schlägt Erweiterungen vor, welche weniger individualistisch angelegt sind und z.B. auch die re-traumatisierenden Effekte von Erfahrungen in den Aufnahmeländern einbeziehen.[10] Ausserdem konzentriert sie sich auf die medikalisierenden oder pathologisierenden Wirkungen ganzer Teilsysteme – wie z.B. der Medizin und des «Humanitären Apparates» (Daniel und Knudsen 1995) oder auf die Aneignung des Körpers des Flüchtlings durch dessen Disziplinierung mittels der dem Subsystem inhärenten Terminologien, Konzepte, Praktiken und Prozeduren (Grifhorst 2000; Salis Gross 2001).

In den folgenden Ausführungen zeige ich, dass die beschriebene Situation zu einer Reihe ganz bestimmter Formen des gesellschaftlichen Einschlusses und Ausschlusses von Asylsuchenden und Flüchtlingen führt.[11] Dadurch entstehen spezifische Formate zur Identifikation, zum Widerstand und zur Widerständigkeit *(resistance)*, welche die individuelle und kollektive Praxis im Bereich von Gesundheit und Krankheit beeinflussen.

Medizinische Macht und soziale Praxis

Asylsuchende und Flüchtlinge sind aufgrund ihres Status unterprivilegierte Mitglieder der schweizerischen Gesellschaft. Dabei ist aber nicht zu vergessen, dass sie nicht nur Opfer von struktureller (staatlicher, medizinischer) Gewalt sind. Obwohl sie einer Reihe von Techniken und Prozeduren der Disziplinierung (Foucault 1975) ausgesetzt sind – administrative, juridische, politische, soziale, ökonomische und medizinische – haben sie auch Mittel und Methoden, um ihre Projekte und Wünsche umzusetzen und Ziele zu verfolgen. MigrantInnen bewegen sich zwar in der Sphäre der Macht und haben nicht zur Entwicklung der «Strategien» (de Certeau 1988: 85ff.) beige-

[8] Es nennt sich seit kurzem «Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer».

[9] Basierend auf Resultaten einer internationalen Konferenz in Istanbul publizierte das UNHCR das erste «Manual on effective Investigation and Documentation of Torture and other cruel, inhuman or degrading Treatment or Punishment» (UN Resolution 2000, E/CN4/RES/32, Geneva: UNHCR). Dieses Manual stellt unterdessen eine der wichtigsten argumentativen Ressourcen für die Finanzierungsstrategien von Organisationen in der Flüchtlingsarbeit dar.

[10] Während «Trauma» im psychiatrischen Zusammenhang als existentielle Verunsicherung und/oder gravierende Frustration von vitalen Grundbedürfnissen konzipiert ist, welche sich psychisch in der Vermittlung der nachträglichen Erinnerungen manifestiert (Laplanche 1988: 207), betont diese Kritik den prozesshaften Charakter der «Traumatisierung» auf der realen Bühne und spricht dann z.B. von «sequentieller Traumatisierung» unter Einschluss des sozialen und politischen Kontextes. Anhaltende Belastungen und eine Situation von Unsicherheit und Ausgrenzung kann die individuelle Verarbeitung des Traumas und die Rekonstruktion des Selbstvertrauens behindern (vgl. z.B. Frey 2001; Moser et al. 2001).

[11] Ich lehne mich dabei konzeptuell zum Teil an die Arbeiten von Mirjam van Eewijk und Paul Grifhorst an (vgl. van Eewijk and Grifhorst 1998 oder Grifhorst 2000),

tragen, welche dieses Feld definieren. Aber sie entwickeln ihrerseits «Taktiken» (de Certeau 1988: 85ff.), welche durchaus auch Widerstand und Widerständigkeit beinhalten (Grifhorst 2000), und inkorporieren diese in Form eines spezifischen Habitus um Zugang zu Ressourcen zu gewinnen.

Die folgende (anonymisierte) Fallgeschichte eines kurdischen Asylsuchenden in der Schweiz soll einige dieser Taktiken aufzeigen, welche in einer Situation von teilweise extremer Unsicherheit und Liminoidität (Turner 1989) entwickelt werden. Wir begleiteten ihn während unserer Feldarbeit im Rahmen einer interdiziplinären Forschung (Medizin, Epidemiologie, Ethnologie) welche am Schweizerischen Tropeninstitut in Basel durchgeführt wurde (vgl. Gilgen et al. 2002a und 2002b; Loncarevic et al. 2001).

Taktiken der Identifikation: Ein «echter Flüchtling» werden

Ekrem, ein 36 jähriger Mann, der seine Familie im türkischen Teil Kurdistans zurückgelassen hatte, reiste 1998 nach einer mehrmonatigen und abenteuerlichen Flucht in die Schweiz ein. Nachdem er im Tessin zu Fuss über die grüne Grenze gekommen war, besuchte er zuerst einen Verwandten in Basel. Ekrem blieb vorerst mehrere Tage bei diesem Cousin, der ihm versicherte, ein «briefing» sei sehr wichtig, bevor er sich bei den Behörden melde, um ein Asylgesuch zu stellen. Die Vorbereitung bestand in der Konsultation mehrerer anerkannter Flüchtlinge, welche Ekrem darin berieten, wie die in der Türkei erfahrene Verfolgung den behördlichen Instanzen adäquat vermittelt werden konnte. Daraus kondensierte sich eine für ihn neue Narration: Ekrem «lernte», dass er seine offensichtlichen Spuren der Folter – sowohl bei den Befragungen als auch bei den medizinischen Untersuchungen – gut sichtbar zu machen habe (seine Hände z.B., welche durch die Folter stark deformiert worden waren, aber auch andere Narben auf seinem Körper wie Spuren ausgedrückter Zigaretten). Ekrem folgte diesem Rat, achtete darauf, dass die betreffenden Körperpartien den Beobachtern nicht entgingen und reagierte damit auf das Angebot der schweizerischen Asylpraxis: Er präsentierte sich als ein Opfer von staatlicher Gewalt und Folter.

Taktiken des Ringens mit der Pathologie

Nach seinem Transfer in ein Durchgangszentrum für Asylbewerber hatte Ekrem auf den Asylentscheid zu warten. Anfänglich stellte ihm das Leben in dieser Institution kein Problem. Er war sich ziemlich sicher, dass er den Status des anerkannten Flüchtlings erhalten würde und dass er das Zentrum bald verlassen könne.

Mit der Zeit jedoch verschlechterte sich seine Befindlichkeit. Nach fast einem Jahr Wartezeit empfand er seine Situation als sehr belastend. Er realisierte, dass er mit seinem immer noch unsicheren legalen Status (vorläufige Aufnahme aufgrund des non-refoulement Prinzips) weder seine Familie nachziehen konnte noch seinen Wohnsitz innerhalb der Schweiz wechseln, geschweige denn die Grenze zu Deutschland oder Frankreich im Rahmen seiner politischen Aktivitäten überschreiten. Auch die Arbeitsuche erwies sich als äusserst schwierig, da er nur in ganz bestimmten Sektoren zugelassen war. Ekrem wurde nun sehr deprimiert und begann in gewissen Phasen exzessiv Alkohol zu konsumieren. Seine Hände und sein Rücken begannen zu schmerzen, er fühlte sich kraftlos und litt öfter unter Fieber. Seine Konsultationen beim Zentrumsarzt stiegen an.

Dieser Allgemeinarzt versuchte, den Patienten an das Therapiezentrum für Folter- und Kriegsopfer in Bern zu überweisen. Er nahm an, dass Ekrems Leiden eine Folge der früheren Traumatisierungen durch die Folter und des langjährigen Gefängnisaufenthaltes in der Türkei waren (Ekrem hatte 17 Jahre in türkischen

deren empirische Daten zu den Niederlanden auch auffällige Parallelen mit meinen Resultaten aufweisen. Vergleichende ethnologische Studien innerhalb Europas sind leider meines Wissens noch nicht vorhanden.

Gefängnissen verbracht). Aber Ekrem wurde laut dieses Arztes aufgrund seines unsicheren legalen Status damals nicht akzeptiert. Zudem entdeckte der Hausarzt bei der Abklärung des konstant leichten Fiebers seines Patienten, dass dieser mit Hepatitis B und C infiziert war. Diese Krankheiten verstand Ekrem als «etwas Ähnliches wie AIDS». Zum Erstaunen des Arztes wurde diese Diagnose von Ekrem erst nach und nach als grösseres Problem wahrgenommen.

Der Arzt überwies nun Ekrem an einen privat tätigen Psychiater, der wiederum eine sehr spezifische Sicht auf die Situation Ekrems hatte. Das Problem für Ekrem war, dass dieser Arzt sich dabei vor allem auf die Erfahrungen der Vergangenheit konzentrierte, d.h. auf etwas, was «woanders und vor langer Zeit» geschehen war, wie Ekrem sich ausdrückte. Der Patient fühlte sich dadurch psychiatrisiert und pathologisiert. Ekrem insistierte: «Ich bin nicht verrückt. Ich brauche keinen Psychiater. Dieser hört nicht auf, mich nach der Folter zu fragen und nach meinen Gefängniserfahrungen. Die Folter war schlimm, okay, aber ich hatte da meine Genossen und wir unterstützten einander. Meine Situation hier ist viel schlimmer. Ich kann nicht für meine Familie sorgen, ich kann sie weder hierher bringen noch ihnen Geld nach Hause schicken. Wie soll ich z.B. in einer Baufirma arbeiten mit meinen Händen oder in einem Restaurant?» Und er fuhr weiter, auch die Unzufriedenheit mit seinem politischen Alltag in der jetzigen Situation zu beschreiben: «Bis zum letzten Jahr lebte ich für meine Partei. Aber jetzt sehe ich, dass sogar Öcalan (der Leiter der PKK) gefangen genommen ist und die meisten Parteien lösen sich nach und nach auf. Ich kann nicht einmal an Demonstrationen teilnehmen oder mit meiner politischen Arbeit weiterfahren, wenn ich keine Landesgrenzen überschreiten darf. Ich bin aus dem Geschäft raus, ich bin ein gebrochener Mann. Der Arzt fordert mich auf, dass ich über diese Enttäuschungen sprechen soll und dass mir das gut tun würde. Aber stattdessen macht es mich nur noch kränker, wenn ich meine aussichtslose Situation immer wieder aufleben lasse, und das zweimal pro Woche. Und der Hausarzt findet eine Krankheit nach der anderen. Zum Schluss wird er mir noch sagen, dass ich todkrank bin und sterben werde.»

Ekrem kämpfte mit der medizinischen Lesart seiner Biographie, die er selber als politische verstanden haben wollte. Seine Beschwerden schienen ihm in erster Linie ein Effekt seiner prekären Lebenslage in der Schweiz zu sein, nicht aber eine Folge seiner Situation damals in der Türkei. Dieses Beispiel zeigt, dass die Medikalisierung der Lebensgeschichte von Flüchtlingen einerseits eine Ressource für das Erlangen eines legalen Status und für die Aufnahme bedeuten kann, dass sie aber gleichzeitig auch den Wert der eigenen Biographie erheblich minimiert und verzerrt.

Taktiken des Widerstands und der Widerständigkeit

Ekrem war gegenüber jeder medizinischen Behandlung zunehmend kritisch eingestellt. Manchmal war er der ärztlichen Interventionen so überdrüssig, dass er meinte: «Sie machen mich krank mit all diesen Behandlungen und ich frage mich langsam, ob sie wollen, dass ich krank bin! Meine Freunde zeigten mir Listen mit Störungen, welche die Ärzte benutzen, um eine Diagnose für uns zu finden. Lange Listen von Problemen, die wir hätten: Schlafstörungen, Albträume, Konzentrationsschwierigkeiten, Angst vor Kontakten mit anderen Menschen, körperliche Schmerzen, unsere Frauen und Kinder schlagen. Es ist schrecklich. Das macht dich paranoid und du bekommst richtig Angst, vor allem wenn du merkst, dass du einige dieser Probleme hast. Und jeder Arzt beginnt wieder danach zu fragen. Ich hasse das langsam! Ich bin nicht krank, ich möchte nur wie ein normaler Mensch hier leben und meine Familie um mich haben.»

Solche Statements gegenüber der medizinischen Antwort auf seine Leiden

können offensichtlich als Kommentare des Protests (Kleinman 1995) zu seiner Lebenssituation in der Schweiz gelesen werden. Viele seiner Hoffnungen haben sich als unrealistisch erwiesen. Die ProtagonistInnen der medizinischen Versorgung sind sich dieser Muster und auch der Grenzen der medizinischen Interpretation dieses sozialen Leidens durchaus bewusst. Ein Arzt drückte das so aus: «Viele Asylsuchende enden bei uns in der Medizin. Manche bekommen die Behandlung nicht, die sie eigentlich bräuchten, obwohl sie sogar bereit wären, zu einem Psychiater zu gehen. Aber die meisten gehören eigentlich auch nicht dorthin. Diese vermeintlichen «Patienten» haben ganz reale Probleme, und das sind Probleme von rechtlicher oder sozialer Unsicherheit. Eine medizinische Behandlung hilft da wenig.»

Wenn also die Abwehrhaltung gegenüber der medizinischen Behandlung eine Form des Protestes gegen das soziale Leiden der Flüchtlinge ist, so geht sie oft Hand in Hand mit einer Kritik an der Qualität von Behandlungen. Ekrem zum Beispiel beklagte sich darüber, die Ärzte würden nicht genügend Medikamente verschreiben oder zu wenig effektive, z.B. bei ihm nur «Panadol» statt einer «richtigen» Medizin. Er beklagte sich jetzt darüber, dass er für seine «AIDS-ähnliche Krankheit» wohl nur die billigste Medizin erhalte, da er ja «nur» ein Flüchtling sei.

Die ÄrztInnen sind mit dieser Interpretation selbstverständlich nicht einverstanden. Für sie sind die Asylsuchenden auch eine Quelle der Irritation. Sie fühlen sich häufig hilflos gegenüber den komplexen Problemlagen dieser KlientInnen und auch manipuliert und benutzt von diesen. Sie beschreiben deren Verhalten und Befindlichkeit dann z.B. als «kulturelle Anpassungsschwierigkeiten» oder als «psychische Regression». Oder sie beklagen sich ebenfalls: «Wenn du ihnen den kleinen Finger reichst, greifen sie nach der ganzen Hand. Man muss gleich zu Beginn ganz klarstellen, dass das hier nicht so läuft. Sie haben oft schlicht kein Verständnis für die Solidarität, wie wir sie gegenüber den Institutionen in einem Wohlfahrtsstaat haben. Sie versuchen immer wieder, die Institutionen auszunutzen. Und dabei können sie sehr fordernd werden. Entweder werden sie sehr regressiv und passiv oder sie versuchen uns für ihre Zwecke auszunutzen. Man muss immer sehr wachsam sein, damit man nicht betrogen wird. Die einzige Sicherheit, die man als Arzt da noch hat, ist der Körper des Patienten. Es herrscht immer wieder ein latent misstrauisches Klima ihnen gegenüber, man fühlt sich oft instrumentalisiert. Das lässt einen ebenfalls hilflos, irgendwie…»

Misstrauen und moralische Ökonomie

ÄrztInnen und Flüchtlinge stimmen implizit also darin überein, dass die medizinische Beschreibung und Interpretation der Flüchtlingserfahrung diese kaum adäquat erfasst. Nichtsdestotrotz zeigt die Medikalisierung Effekte, auch in der Form von gegenseitigen Anschuldigungen und von Misstrauen. Aus der Perspektive der RepräsentantInnen der schweizerischen Behörden und auch Teilen der Bevölkerung erscheinen Flüchtlinge als Personen, welche sich mittels Tricks Zugang zu Ressourcen erschliessen. Umgekehrt anerkennen erstere in den Augen der Flüchtlinge ihre Bedürfnisse und Erfahrungen nicht und verwehren ihnen den Zugang zur Partizipation am sozialen, wirtschaftlichen und politischen Leben.

Die VertreterInnen des Gesundheitswesens (wie auch der übrigen Betreuungssysteme sowie der Migrationsforschung) sind sich der eigenen Rolle in dieser Auseinandersetzung noch wenig bewusst. Konflikte werden in der Regel als Probleme der konkreten (z.B. Arzt-Patienten) Interaktion gewertet (Salis Gross et al. 1997). Ich möchte hier auf einen Aspekt hinweisen, der meiner Ansicht nach eine wesentlichere Rolle spielt: Das gegensei-

tige Misstrauen und Anklagen in der konkreten Interaktion führt zu Schuldgefühlen auf beiden Seiten – sowohl wenn das Gesundheitssystem tatsächlich für die eigenen Zwecke instrumentalisiert wird, als auch wenn z.B. unadäquate Hilfe geleistet wird. Diese können sich noch verstärken, wenn die ProtagonistInnen sich bewusst werden, dass sie damit Probleme aushandeln, welche Resultat einer Migrationspolitik sind, die Widersprüche und Paradoxe kreiert. Diese Affekte sind Teil einer moralischen Ökonomie, die zur Zirkulation von Misstrauen führt. Mein Argument ist, dass die extensive Verwendung des Traumakonzeptes im Feld der Migration symptomatisch für diesen spezifischen Modus moralischer Ökonomie ist, weil er (wissenschaftlich objektivierte) Glaubwürdigkeit suggeriert. Es stellt implizit eine moralische Basis der Vertrauenswürdigkeit für den Zugang zu Ressourcen dar, welcher sonst verschlossen bleibt. Angesichts des massiven Wandels in der Lebensrealität von Flüchtlingen wird zwar öffentlich diskutiert, dass die Genfer Flüchtlingskonvention[12] (welche auf die Flüchtlingssituation in der Zeit der beiden Weltkriege ausgerichtet war) nur noch einen sehr geringen Teil der heutigen Flüchtlinge zu erfassen vermag, dennoch bestimmen der Mythos des «falschen Flüchtlings» (vgl. Burnett und Peel 2001) und Konzepte von Vertrauen und Misstrauen noch weitgehend die Praxis in der Migrationspolitik, im öffentlichen Bewusstsein und in der humanitären Hilfe (vgl. auch Daniel und Knudsen 1995). Die Effekte dieser Politiken werden individualisiert und dann z.B. als Traumatisierung des Fremden medizinisch behandelt oder als instrumentalistische Taktiken des Anderen moralisierend debattiert.

Literatur

ARBEITSGRUPPE GRENZSANITARISCHE UNTERSUCHUNG
1995. «Grenzsanitätsdienstliche Untersuchung bei Asylbewerbern». *Bulletin Bundesamt für Gesundheit* (Bern) 4: 3-5.

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT
2001. *Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BURNETT Angela und Michael PEEL
2001. «What Brings Asylum Seekers to the United Kindom?». *British Medical Journal* (London) 322(24): 485-488.

CERTEAU Michel de
1988 (1980). *Kunst des Handelns*. Berlin: Merve Verlag.

DANIEL Valentine E. und John Chr. KNUDSEN (eds)
1995. *Mistrusting Refugees*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.

EEWIJK Miriam van and Paul GRIFHORST
1998. «Controlling and Disciplining the Foreign Body: A Case Study of TB Treatment among Asylum Seekers in the Netherlands», in: Khalid KOSER and Helma LUTZ (eds), *The New Migration in Europe: Social Construction and Social Realities*, p. 242-259. London: MacMillan Press.

EFIONAYI-MÄDER Denise und Sandro CATTACIN
2002. «Illegal in der Schweiz – Eine Übersicht zum Wissensstand». *Asyl* (Bern) 1: 3-15.

FOUCAULT Michel
1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.

FREY Conrad
2001. «Posttraumatic Stress Disorder and Culture», in: A. Tarik YILMAZ, Mitchell G. WEISS and Anita RIECHER ROESSLER (eds), *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*, p. 103-116. Basel: Karger.

GILGEN Denise, Corina SALIS GROSS, Daniel MÄUSEZAHL, Conrad FREY, Marcel TANNER, Mitchell G. WEISS and Christoph HATZ
2002a (in Druck). «The Impact of Organised Violence on Illness Experience of Turkish/Kurdish and Bosnian Migrant Patients in Primary Care». *Journal of Travel Medicine* (Hamilton ON).
2002b (in Druck). «Klinische *cultural epidemiology* von Gesundheitsproblemen ambulant behandelter Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und aus Bos-

12 United Nations, *Convention relating to the status of refugees of 28 July 1951*. Geneva: United Nations.

nien», in: Hans-Rudolf WICKER, Rosita FIBBI und Werner HAUG (Hg.), *Migration und die Schweiz. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms 39 «Migration und interkulturelle Beziehungen»*. Zürich: Seismo.

GRIFHORST Paul
2000. «Power, Medical Care, and Resistance in Dutch Centers for Asylum Seekers», in: Elzbieta M. GOZDZIAK and Dianna J. SHANDY (eds), *Rethinking Refuge and Displacement*, p. 223-248. Arlington VA: American Anthropological Association (Selected Papers on Refugees and Immigrants, Vol. 8).

KLEINMAN Arthur
1995. *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.

LAPLANCHE Jean
1988. *Die allgemeine Verführungstheorie und andere Aufsätze*. Tübingen: Edition Diskord.

LONCAREVIC Maja, Corina SALIS GROSS, Daniel MÄUSEZAHL und Christoph HATZ
2001 (in Druck). «"Der Kopf tut weh, und noch mehr die Seele." Gewalterfahrungen und Bewältigungsstrategien bosnischer Kriegsflüchtlinge in der Schweiz». *Curare* (Berlin).

LOCK Margaret
2002. «The Tempering of Medical Anthropology: Troubling Natural Categories». *Medical Anthropology Quarterly* (Arlington VA) 15(4): 478-492.

MOSER Catherine
2001. «Traumatisierungen bei MigrantInnen mit Folter- und Kriegserfahrungen», in: Dagmar DOMENIG (Hg.), *Professionelle Transkulturelle Pflege*, S. 305-328. Bern: Huber.

MOSER Catherine, Doris NYFELER und Martine VERWEY (Hg.)
2001. *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes*. Zürich: Seismo.

PEDERSEN Duncan
2002. «Political Violence, Ethnic Conflict, and Contemporary Wars: Broad Implications for Health and Social Well-Being». *Social Science and Medicine* (New York) 55(2): 175-190.

SALIS GROSS Corina, Catherine MOSER, Brigit ZUPPINGER und Christoph HATZ
1997. «Die Arzt-PatientInnen Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis». *Praxis* (Bern) 86: 887-894.

SALIS GROSS Corina
2001. *Resisting Medicalization in the Context of Migration: Social Practice and Clinical Assessment of the Refugee Experience*. Oral Presentation, Medical Anthropology and Cultural Psychiatry Research Seminar «Postcolonialism, Psychiatry, and Lived Experience», Departement of Social Anthropology, Harvard University Boston.

TURNER Victor
1989 (1982). *Vom Ritual zum Theater. Der Ernst des menschlichen Spiels*. New York/Frankfurt a.M.: Edition Qumran im Campus-Verlag.

WATTERS Charles
2001. «Emerging Paradigms in the Mental Health Care of Refugees». *Social Science and Medicine* (New York) 52(11): 1709-1718.

WEISS Regula
2002. *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Übersicht zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.

WICKER Hans-Rudolf
1993. *Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen*. Bern: Institut für Ethnologie (Arbeitsblätter Nr. 6).
2002. «Von der "Fremdenpolizei" zum "Dienst für Migration" – Reaktionen von Staat und Gesellschaft auf zunehmende internationale Mobilität», in: Helmut NEUHAUS (Hg.), *Migration und Integration: Drei Vorträge. Atzelsberger Gespräche 2001*, S. 43-67. Erlangen: Universitäts Bibliothek (Erlanger Forschungen: Reihe A, Geisteswissenschaften; Bd. 98).

WILSON Elizabeth
1999. «"Something Happened." The Repressed Memory Controversy and the Social Recognition of Victims», in: Margo RIVERA (ed.), *Fragment by Fragment*, S. 309-328. Charlottetown: Gynergy Press.

YOUNG Allan
1995. *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton: Princeton University Press.

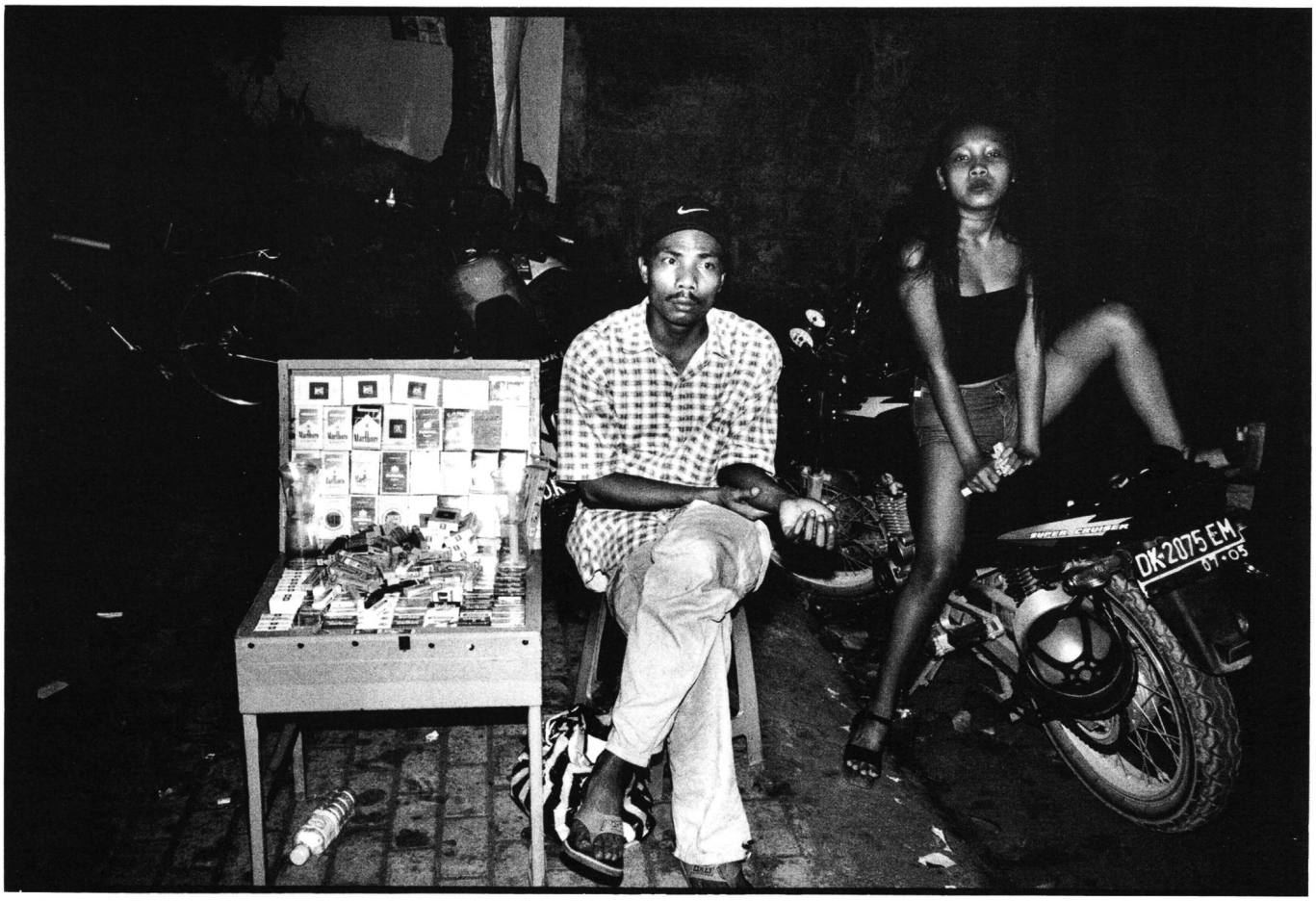
Abstract

Trauma and medicalization: The refugee experience in Switzerland

The psychiatric concept of trauma and a popularized discourse of traumatic memory are strongly emphasized in the fields of migration and health. The providers of primary health care and of psycho-social services along with lawmakers make extensive use of this «diagnosis». This leads refugees to a) develop tactics of identifying with the trauma-discourse in order to become «good refugees» and to achieve legal recognition in Switzerland, b) struggle with the ascribed pathologies and suffer from retraumatizing effects of these predominant «diagnoses» of trauma, and c) try to refuse or subvert them through an emphasis on structural violence in the receiving countries. An analysis of the interactions of health providers and refugees show that they take place in an environment of mistrust and insecurity, putting at stake the moral economy of migration politics and of the refugee experience.

Autorin

Corina Salis Gross lehrt und forscht am Institut für Ethnologie der Universität Bern. Ihre Arbeitsgebiete sind Medizinethnologie, Migration und Gesundheit, psychoanalytische Anthropologie sowie Altern und Tod. Zur Zeit schreibt sie an ihrer Habilitation zur gesundheitlichen Situation von MigrantInnen aus der Türkei.
E-mail Adresse: salis@ethno.unibe.ch


Marlboro
DK 2075 EM
07 05