

# «La enfermedad del millonario» («Millionärskrankheit»)

## Transkulturelle Betreuung einer ecuadorianischen Patientin

Patrick Bodenmann<sup>a</sup>, Fabrice Althaus<sup>b</sup>, Myrian Carbajal<sup>c</sup>, Isabelle Marguerat<sup>d</sup>, Danièle Kohler<sup>e</sup>, Yves Jackson<sup>f</sup>, Hans Wolff<sup>g</sup>

### Quintessenz

- In der Schweiz haben wir es – speziell bei Patienten lateinamerikanischer Herkunft – immer wieder mit «Sans-Papiers» zu tun. Legal wurden in der Schweiz 2005 40 000 Personen aus Lateinamerika gezählt; unter den Sans-Papiers der Westschweiz jedoch sollen heute 3 von 4 aus dieser Weltregion stammen.
- Es handelt sich hauptsächlich um Frauen, die Krankheitsbilder betreffen demnach besonders häufig den gynäkologischen und geburts-hilflichen Fachbereich. Auch Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Chagas-Krankheit kommen in dieser lateinamerikanischen Population häufiger vor. Schliesslich gibt es auch bestimmte Verhaltensweisen und Risikofaktoren, welche für diese Bevölkerung typisch sind.
- Ausgehend von der Krankengeschichte einer Patientin aus Ecuador wird aufgezeigt, was für transkulturelle Kompetenzen es braucht, um Patienten lateinamerikanischer Herkunft adäquater betreuen zu können.
- Wenn der transkulturelle Approach auch wichtig ist, wie das Fallbeispiel zeigt, genügt dies allein noch nicht: Auch die sozialen gesundheitsrelevanten Faktoren müssen genau angeschaut werden, um eine wirklich ganzheitliche, gute Behandlung zu gewährleisten.

*«No soy de aquí, ni soy de allá, no tengo edad, ni porvenir, y ser feliz es mi color de identidad.»*

*«Bin nicht von hier und nicht von dort, ich hab' kein Alter, keine Zukunft; glücklich Sein, das macht mein Wesen.»*

*(Facundo Cabral, argentinischer Chansonnier)*



Patrick Bodenmann

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.



**Abbildung 1**

Caution (Vorsicht), Prohibido (Verbot). Eines der neu an den Autobahnen Südkaliforniens, USA, angebrachten Strassenschilder.  
© Sean Biehle, License Creative Commons.

Anhand der Krankengeschichte einer ecuadorianischen Patientin wollen wir in diesem Beitrag zeigen, wie transkulturelle Kompetenzen Ärzten und Pflegenden die Betreuung von Patienten lateinamerikanischer Herkunft in prekären Verhältnissen erleichtern. Vorausschicken möchten wir eine Übersicht über die soziale und epidemiologische Situation dieser Patienten hier in der Schweiz.

### Einleitung

Weltweit wird die Gesetzgebung bezüglich Einwanderung, speziell die «illegale» Einwanderung, immer härter. Trotzdem stellen in den USA die lateinamerikanischen Einwanderer («Latinos») die wichtigste ethnische Gruppe dar; sie machen heute 15% der Bevölkerung aus und könnten bis 2050 einen Anteil von 30% erreichen (siehe Abb. 1 ) . Zu ihnen zählen 12 Millionen Sans-Papiers; sie haben in der Regel schlecht bezahlte Jobs und leben in Unsicherheit, obschon sie demographisch und wirtschaftlich gesehen anerkanntermassen einen wertvollen Beitrag leisten [1].

Lateinamerika vom Norden Mexikos bis Patagonien hat 565 Millionen Einwohner, zur Hauptsache spanischer (in Brasilien portugiesischer) Sprache. Die Bevölkerung ist in der Mehrzahl städtisch (78,5%). Ihre durchschnittliche Lebenserwartung beträgt 70,4 Jahre bei den Männern und 76,7 Jahre bei den Frauen [2].

Von diesen lateinamerikanischen Migrationsströmen kennt man – da es sich um die zahlenmässig bedeutendsten handelt – in erster Linie diejenigen aus Mexiko, der Karibik, Zentralamerika und einzelnen südamerikanischen Ländern (Kolumbien, Ecuador, Peru, Brasi-

<sup>a</sup> Médecin associé, MER, MSc, Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

<sup>b</sup> Médecin-assistant, Responsable de recherche, Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

<sup>c</sup> Professeure, Docteure en travail social et politiques sociales, Haute Ecole Fribourgeoise de travail social, Givisiez, Fribourg

<sup>d</sup> Cheffe de clinique, Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

<sup>e</sup> Infirmière, Thérapeute systémique, Point d'Eau, Lausanne

<sup>f</sup> Chef de clinique, Responsable de l'Unité Médicale de Santé Communautaire (UMSCO), Service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

<sup>g</sup> Médecin-adjoint, MPH, Médecin Responsable de l'Unité de médecine pénitentiaire, Service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

lien, Argentinien) nach den USA [3]. Weniger bekannt ist, dass es auch Migrationsströme aus Süd- und Zentralamerika und einem kleinen Teil Mexikos nach Europa gibt (im Jahr 2006 waren das etwa 1 500 000 Personen) (siehe Abb. 2 [6]).

In der Schweiz zählte man 2005 40 000 Personen aus Lateinamerika mit Aufenthaltsbewilligung, wovon die Mehrzahl aus Brasilien (12 169), der Dominikanischen Republik (5523) Kolumbien (3570) und Chile (3564) stammten [3].

Sehr häufig aber steht uns, wenn wir es mit einem Patienten aus Lateinamerika zu tun haben, ein Sans-Papier gegenüber, also ein illegaler Einwanderer. Diese wohnen hauptsächlich in den Städten Zürich, Genf und Lausanne; unter den 5000 bis 7000 Sans-Papiers in Lausanne stammen 70% aus Lateinamerika, und in Genf sollen die Lateinamerikaner gar 85% der 8000 bis 12 000 illegalen Einwanderer ausmachen [4]. Mehrheitlich handelt es sich um Frauen (65%), welche ihr Herkunftsland aus verschiedenen Gründen, häufig wegen ihrer ökonomischen und beruflichen Situation, verlassen haben. Diese Menschen leben unter prekären Arbeits- und Wohnbedingungen und haben kaum Zugang zu Gesundheitsdiensten.

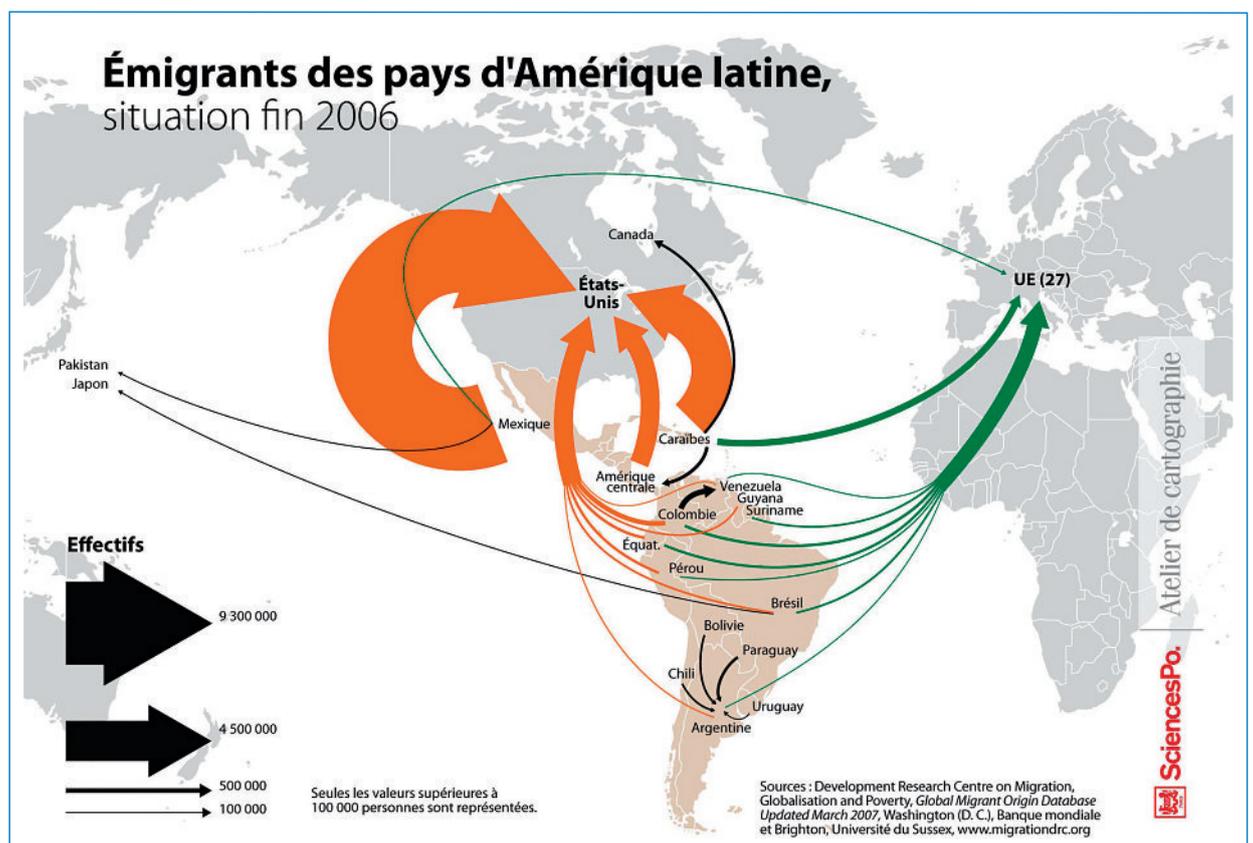
## Epidemiologie

Bei den klinischen Studien der letzten 5 Jahre unter der lateinamerikanischen Bevölkerung in der Schweiz ging

es hauptsächlich um drei Themenkreise: 1.) Krankheiten, die vor allem **Frauen** betreffen, 2.) die klassischen Infektionskrankheiten wie **Tuberkulose**, aber auch andere, an die wir bei der Differentialdiagnose weniger denken, wie **Chagas-Krankheit**, und schliesslich 3.) **Risikoverhalten** (Tabak, Alkohol, Sexualität) inkl. Wahrnehmung dieser Risiken durch die Patienten (siehe Tab. 1 [6]).

Zu den für südamerikanische Frauen – vor allem für diejenigen ohne legalen Status – typischen Problemen gehört gemäss diesen Studien die Tatsache, dass diese Frauen bei Schwangerschaft tendenziell später zum Arzt gehen als Frauen aus anderen Ländern und mit legalem Status. Sie sind auch weniger gut orientiert über präventive Massnahmen im gynäkologisch/ geburtshilflichen Bereich oder wenden diese nicht an. Insbesondere leiden sie dreimal häufiger an Chlamydia trachomatis-Infektionen. Schliesslich werden sie während der Schwangerschaft dreimal häufiger Opfer häuslicher Gewalt [5–7].

Latente Tuberkuloseinfektionen mit der Gefahr einer Aktivierung sind in dieser Population sehr häufig. Überraschenderweise waren die meisten der befragten Patienten bereit, sich auf diese Krankheit vorsorglich untersuchen zu lassen [8, 9]. Man sieht auch im Thoraxbild bei Personen lateinamerikanischer Herkunft häufiger als bei anderen Bevölkerungsgruppen fibrotische, auf eine durchgemachte Tuberkulose verdächtige Residuen [10]. Bei der Chagas-Krankheit (*Trypanosoma cruzi*) ist die Prävalenz erhöht und das Risiko späterer Herzkomplicationen erheblich. Schwangere Frauen



**Abbildung 2**

Emigranten aus den Ländern Lateinamerikas, Stand Ende 2006 (nur Werte über 100 000 Personen sind angegeben).

© Atelier de cartographie de SciencePo.

können die Krankheit zudem auch auf ihre Kinder übertragen [11, 12].

Schliesslich besteht bei lateinamerikanischen Patienten eine nicht-signifikante Tendenz für ein weniger starkes Risikoverhalten bezüglich Tabak- und Alkoholkonsum und Sexualität. Demgegenüber ist ihre Wahrnehmung solcher Risiken im Vergleich zu unseren einheimischen Patienten deutlich erhöht. Dieser Unterschied in der Wahrnehmung ist umso wesentlicher bei vulnerablen Bevölkerungssteilen [13, 14].

### Fallbeispiel zur Illustration

Frau T. ist 34-jährig, stammt als jüngste von fünf Geschwistern aus Ecuador aus einfachen Verhältnissen. Im Jahr 2000 verlässt sie ihr Heimatland. Kurz nach ihrer Ankunft in der Schweiz als Sans-Papier wird sie wegen Dekompensation eines bereits seit dem 18. Altersjahr bekannten und mit Insulin behandelten Diabetes Typ 1 hospitalisiert. Ihr Insulin war ihr kurz nach ihrer Einreise in die Schweiz gestohlen worden.

Sie war während mehrerer Jahre von ihrem Hausarzt betreut worden. In mehreren Gesprächen erfährt man nach und nach, dass sie ihre Sekundarschulausbildung nicht abschliessen konnte, und dass sie in die Schweiz kommen musste, weil ihre Familie die Kosten für ihre Diabetestherapie nicht mehr tragen konnte (auch ihre Mutter ist Diabetikerin). Zum Diabetes kommen weitere Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen hinzu. Wegen der Verschlechterung ihrer Stoffwechsellage müssen ein Diabetologe und in Diabetologie kompetente Pflegefachpersonen beigezogen werden.

Trotz dieses dichten Betreuungsnetzes und obschon der behandelnde Arzt Spanisch spricht, fallen die Laborkontrollen oft enttäuschend aus (Glykohämoglobin bei 10%), und die meisten Zielorgane der Diabeteskrankheit werden in Mitleidenschaft gezogen (Retinopathie, Nephropathie, Kardiopathie). Die Patientin hält sich nur teilweise an die Anwendungsanweisungen für die oralen Antidiabetika und das Insulin, und hin und wieder versäumt sie ihre Arzttermine.

Zehn Jahre nach ihrer Ankunft in der Schweiz gehört Frau T. immer noch zu den Sans-Papiers.

### Transkulturelle Kompetenz in der Klinik: Lehren aus der Krankengeschichte von Frau T. (siehe Tab. 2 [15])

#### 1. Persönlichkeitsbildung («Attitude») [16]

Um die Behandlung von Frau T. erfolgreicher zu führen muss sich der Arzt Rechenschaft über seinen eigenen kulturellen Hintergrund geben und auf seine Stereotypen und Stigmatisierungen achten: oft hört man z.B., dass Patienten aus Lateinamerika unzuverlässig seien, zu spät zu den vereinbarten Terminen erscheinen, allgemein eher ihr Vergnügen suchen. Ebenso sollte er sich davor hüten, diese Frau, die zu Hause unter den Machoallüren und gewalttätigen Übergriffen ihres Partners zu leiden hat, wegen ihrer Religiosität und Suche nach Spiritualität irgendwie ins Lächerliche zu ziehen. Schliesslich muss er

sich auch die Frage nach seinen Vorurteilen gegenüber lateinamerikanischen Patienten stellen.

In Lausanne kommen ein beträchtlicher Teil der Lateinamerikanerinnen mit illegalem Status in die Schweiz, um ihre wirtschaftliche Situation zu verbessern und Ersparnisse zu machen [17]. Oft übernehmen sie die Verantwortung für die materielle Lebenssicherung und Gesundheit ihrer Familie, speziell der Kinder. Der Mann ist häufig weniger präsent, hat mehr Mühe Arbeit zu finden und leidet häufiger an Depression. Bei Krankheit ist die Gemeinschaft nicht immer eine Stütze, speziell wenn es sich um ein stigmatisierendes Leiden wie eine sexuell übertragbare Krankheit handelt. Im Fall von Frau T. scheint der Diabetes ebenfalls durch die Gemeinschaft negativ stigmatisiert zu sein, es treten aber

**Es ist also entscheidend, der Patientin ohne jedes Vorurteil gegenüberzutreten, so dass diese aus sich herauskommen und ihre ganz persönlichen, für ein gegenseitiges Verständnis entscheidenden Informationen preisgeben kann**

noch weitere Faktoren hinzu. Unter den Sans-Papiers gibt es gewisse Ambivalenzen, auf der einen Seite Eifersucht, Missgunst, Misstrauen, Denunzierung etc., auf der anderen Seite auch eine gewisse Solidarität, wo man sich gegenseitig hilft, sich durch-

zuschlagen. Dass man sich in der Gesellschaft nicht angenommen fühlt, kann daher rühren, dass man in der Illegalität lebt, an einer negativ stigmatisierten Krankheit leidet, oder Risikoverhalten (Tabak, Alkohol), etc. an den Tag legt.

Es ist also entscheidend, der Patientin ohne jedes Vorurteil gegenüberzutreten, so dass diese aus sich herauskommen und ihre ganz persönlichen, für ein gegenseitiges Verständnis entscheidenden Informationen preisgeben kann. Unsere Patientin ist eine junge, alleinstehende Frau, mit sehr «südamerikanischem» Aussehen. Sie fühlt sich sehr isoliert, weil sie von ihrer Gemeinschaft ausgestossen wird und deshalb ihre Religiosität, die ihr zu Hause so wichtig war, hier nicht mehr ausleben kann.

#### 2. Wissen («Knowledge») [18]

Wichtig sind auch Kenntnisse über die geopolitische Situation in der Region, aus der die Patientin kommt, und über ihren Lebenslauf. Man sollte also wissen, wo die Hauptstadt von Ecuador liegt, wo die Patientin geboren wurde und lebte, und über die aktuelle politische und sozioökonomische Situation des Landes, das Bildungsniveau und die Gesundheitssituation im Bilde sein. So können wir besser verstehen, in welchem Umfeld die Patientin vor ihrer Emigration lebte.

Unter den in der Westschweiz lebenden südamerikanischen Emigrantinnen haben die meisten Frauen eine – gemessen an den Schuljahren – lange Ausbildung hinter sich (bei 67% über 12 Jahre), und ihre Gesundheitsprobleme haben häufig mit ihrer beruflichen Belastung zu tun (Kinderbetreuung, Gastronomie- und Hotelgewerbe).

Frau T. stammt aus einem Dorf, das einige 100 km von der Hauptstadt entfernt liegt; sie ist das jüngste von fünf Geschwistern in einer Familie mit knappen

Tabelle 1. Neuere Studien aus der Schweiz zur Gesundheit von Sans-Papiers aus Lateinamerika in Genf und Lausanne.

Referenz	Fragestellung	Resultate	Schlussfolgerung
Wolff H. et al. BMC Public Health 2008 [5]	Nach wie vielen Wochen im Durchschnitt wendet sich eine schwangere Frau lateinamerikanischer Herkunft ohne legalen Aufenthalt an das Gesundheitssystem?	Nach 12,6 Wochen (SD 6.1) gegenüber 8.0 Wochen (SD 3.1) in der Kontrollgruppe (Frauen nicht lateinamerikanischer Herkunft und ohne Probleme bezüglich Illegalität).	Südamerikanerinnen mit illegalem Status warten bei Schwangerschaft länger mit der ersten Konsultation zur Schwangerschaftskontrolle als andere Frauen.
	Ist die Tatsache, eine Frau mit illegalem Status südamerikanischer Herkunft zu sein, ein Risikofaktor dafür, folgende Vorsorgemassnahmen nicht zu kennen 1. Morning after pill 2. Krebsabstrich am Gebärmutterhals 3. Letzter Abstrich vor mehr als 3 Jahren 4. Palpation der Brüste.	Ja, mit folgenden OR: 1. 8,2 (95% CI 4,6–14,4) 2. 5,4 (95% CI 2,6–11,1) 3. 2,4 (95% CI 1,2–4,6) 4. 13,2 (95% CI 7,6–23,0).	Südamerikanerinnen mit nicht legalisiertem Aufenthalt sind weniger gut über Vorsorgemassnahmen im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe orientiert und/oder nutzen diese weniger.
Wolff H. et al. Soc Sci Med 2005 [6]	Häufigkeit häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft bei Südamerikanerinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus.	9,2% bei Südamerikanerinnen gegenüber 3,4% bei Frauen anderer Herkunft und ohne Illegalitätsprobleme ( $p < 0,005$ ).	Südamerikanerinnen mit nicht legalisiertem Aufenthalt sind drei Mal häufiger Opfer häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft als Frauen anderer Herkunft und ohne Illegalitätsprobleme.
Wolff H. et al. BMC Public Health 2008 [7]	Prävalenz von Infektionen mit <i>Chlamydia trachomatis</i> .	12,8% bei Südamerikanerinnen gegenüber 4,4% bei Frauen anderer Herkunft ohne Illegalitätsprobleme OR 3,2 (95%CI 1,4; 7,39).	Südamerikanerinnen mit nicht legalisiertem Aufenthalt leiden drei Mal häufiger an einer Infektion mit <i>Chlamydia trachomatis</i> als Frauen anderer Herkunft und ohne Illegalitätsprobleme.
Bodenmann P. et al. BMC Infectious disease 2009 [8]	Prävalenz latenter Tuberkuloseinfektion bei Sans Papiers hauptsächlich südamerikanischer Herkunft.	15,6% (95%CI 7,8–26,9) der Patienten mit illegalem Aufenthaltsstatus haben einen positiven t-spot-TB-Test bei 14,4% latenten und 1,6% aktiven Infektionen.	Die Häufigkeit latenter Tuberkuloseinfektionen ist bei Südamerikanern mit nicht legalisiertem Aufenthalt erheblich; auch das Risiko einer aktiven Tbc ist bei dieser Population vorhanden.
	Akzeptanz von Vorsorgeunters. auf Tbc.	83% sind einverstanden mit einer Untersuchung d. t-spot-TB-Test.	Screeninguntersuchungen auf Tuberkulose werden gut akzeptiert
Wolff H et al. J Immigr Minor Health 2009 (Accepted for publication) [9]	Risiko von Anzeichen für eine tuberkuloseverdächtige Fibrose nach Herkunft und Aufenthaltsstatus.	Anzeichen für eine auf aktive oder latente Tuberkulose verdächtige Fibrose finden sich 2,7 Mal häufiger (95%CI 1,6; 4,7) bei Lateinamerikanern als bei anderen Einwohnern der Schweiz. Illegaler Aufenthaltsstatus erhöht dieses Risiko noch, aber nicht signifikant.	Erhöhtes Risiko von Anzeichen für eine auf aktive oder latente Tuberkulose verdächtige Fibrose im Thoraxröntgen ist in erster Linie mit lateinamerikanischer Herkunft assoziiert. Das Fehlen eines legalen Aufenthaltsstatus erhöht dieses Risiko, aber weniger stark.
Jackson Y. et al. Emerg Infect Dis 2009 [10] und Rev Med Suisse 2008 [11]	Risiko der Übertragung der Chagas-Krankheit vor und während der Geburt in der Schweiz. Auftreten der Chagas-Krankheit in der Schweiz.	9,7% der schwangeren Frauen aus Lateinamerika sind infiziert. Das Übertragungsrisiko beträgt etwa 5%. Die Chagas-Krankheit kommt in der Schweiz vor und bringt ein nicht zu vernachlässigendes Risiko von schweren kardialen und gastrointestinalen Komplikationen mit sich.	Chagas-Krankheit wird in der Schweiz von der Mutter auf das Kind übertragen. Systematisches Screening ist bei Risikosituationen (Bolivianerin, Mutter mit Chagas-Krankheit, frühere Bluttransfusion in Lateinamerika) angezeigt. Nach einer Infektion mit <i>T. cruzi</i> suchen bei Migranten mit entsprechendem Risiko sowie bei Patienten aus Lateinamerika mit Herzerkrankung.
Bodenmann et al. J Immigr Minor Health 2008 [12]	Risikowahrnehmung südamerikanischer Migranten hinsichtlich Alkohol- und Tabakkonsum und risikoreicher sexueller Verhaltensweisen.	Migranten aus Ländern mit wenig Ressourcen denken 2,1 bis 3,1 Mal häufiger, das Risiko für beispielsweise eine Leberzirrhose bei Alkoholmissbrauch oder für Lungenkrebs bei Rauchern sei erhöht.	Die Risikowahrnehmung ist bei Migranten aus Südamerika deutlich höher als bei Schweizern. Auch im Vergleich zu Migranten aus anderen Ländern bleibt diese Tendenz zu erhöhter Risikowahrnehmung bestehen.

Ressourcen. Seit neun Jahren lebt sie illegal in der Schweiz und hat sehr beschränkte Arbeitsmöglichkeiten. Sie hat einen Diabetes Typ 1 bei metabolischem Syndrom, leidet nun an einer reaktiven Depression aufgrund ihres illegalen Status und gerät zunehmend in ein Risikoverhalten mit akuten Alkoholexzessen.

### 3. Know-how («Skills») [19–21]

Der transkulturelle Approach stellt in erster Linie den Patienten ins Zentrum. Spezielles Gewicht liegt auf der verbalen und nonverbalen Kommunikation. Patienten lateinamerikanischer Herkunft schätzen in der therapeutischen Beziehung gegenseitiges Vertrauen, Respekt und Würde. Zunächst war unsere Beziehung

im Wesentlichen paternalistisch; mit der Zeit realisierten wir mehr und mehr, dass auch Motivationsgespräche mit gemeinsamer Entscheidungsfindung möglich sind. Selbst wenn einzelne Ärzte Spanisch sprechen, bleibt die Technik des Dialogs wichtig (wenn möglich mit einem Mediator aus der entsprechenden Gemeinschaft). Mit unserer Patientin wurden die Gespräche manchmal auf Spanisch (durch den behandelnden Arzt und die Pflegeperson), manchmal auf Französisch geführt (durch den Diabetologen). Das Risikotrunkverhalten musste mittels Motivationsgesprächen angegangen werden, und im Verlauf dieser Gespräche verriet uns die Patientin, dass Diabetes in ihrem Heimatland als «Millionärskrankheit» gilt (*«la enfermedad del millonario»*). In Ecuador sind die Kosten für die medikamentöse Be-

handlung dieser Erkrankung in der Tat hoch. Da auch die Mutter von Frau T. unter Diabetes litt und Komplikationen entwickelte, waren diese Kosten natürlich noch höher. Wegen dieser «Millionärskrankheit» musste Frau T. ihr Land verlassen (sie hat einen Bruder in der Schweiz), und wegen dieser «Millionärskrankheit» kann sie auch nicht mehr zurückkehren. So entwickelte die Patientin ein sehr konfliktreiches Verhältnis zu ihrem Diabetes und begann, diesen zu vernachlässigen, um ihren Widerstand gegen dessen negative Konsequenzen und insbesondere gegen die erzwungene Migration auszudrücken. Diese Dimension von Frau T.'s Krankheit verlangt zum einen transkulturelle klinische Kompetenz, zum anderen auch, dass krankheitsbestimmende soziale Faktoren miteinbezogen werden.

**Tabelle 2. Praktische Anwendung der allgemeinen Konzepte transkultureller Kompetenz beim vorgestellten Fallbeispiel.**

Bereich transkultureller Kompetenz	Hauptzielrichtung	Allgemeines zur Situation vor und nach der Migration	Beispiel Frau T. (klinisches Fallbeispiel)
Persönlichkeitsbildung, Einstellungen	Persönliche Voraussetzungen (Individuell, Familie, beruflich)	Spricht der Therapeut Spanisch? War er schon einmal in Lateinamerika? Hat er Freunde aus Südamerika? Familie?	Spanischsprachiger Arzt mit sehr guten Kenntnissen der Verhältnisse in Lateinamerika, da er dort seine Kindheit verbrachte.
	Kennenlernen des Gegenübers	Situation der Frau in der ecuadorianischen Gesellschaft, Rolle des Mannes, der Gemeinschaft, der Religion, der Spiritualität.	Frau, jung, alleinstehend, isoliert in ihrer Gemeinschaft, übt ihre Religiosität nicht mehr aus.
	Persönliches Gefühl Patienten südamerikanischer Herkunft gegenüber	Denkt der Therapeut, dass diese Patienten schwierig zu betreuen sind oder hat er im Gegenteil ein noch besseres Gefühl als bei Schweizern?	Der Arzt hat ein gutes Gefühl.
	Stereotypen und Stigmatisierungen	Sonne, Strand, Unpünktlichkeit bei den Arztterminen, Tendenz, alles auf morgen zu verschieben.	Frau mit sehr lateinamerikanischem Aussehen, fühlt sich in der Gesellschaft isoliert.
Wissen, Kenntnisse	Ökonomische und geopolitische Situation	Ecuador, im Nordwesten Südamerikas, Hauptstadt Quito, Sprache Spanisch, stabile politische Verhältnisse, benachteiligte ökonomische Situation.	Stammt aus einem kleinen Dorf 100 km von Quito.
	Soziodemographische Daten	67% der Migranten aus Lateinamerika sind Frauen, 43% sind verheiratet, 71% haben mehr als 12 Jahre Schulbildung. 53% haben eine Aufenthaltsdauer zwischen 1 und 4 Jahren.	Jüngstes von 5 Kindern, Familie hat wenig finanzielle Mittel, seit 9 Jahren in der Schweiz, Sans-Papier, keine beruflichen Zukunftsperspektiven.
	Epidemiologie	Die häufigsten Diagnosen aus folgenden Gebieten: Gastro-intestinal (17%) Knochen und Gelenke (12%) Psychische Leiden (9%) Urogenital (8%) Dermatologisch (6%).	Diabetes Typ I, metabolisches Syndrom, reaktive Depression, Risikoverhalten (Alkohol).
Know-how	Patientenbezogener Ansatz, gemeinsame Entscheidungsfindung («shared decision making»)	Besondere Bedeutung von Vertrauen, Respekt und Würde.	Vertrauensbildung durch gemeinsame Sprache mit dem Arzt, langfristig ausgelegte therapeutische Beziehung, Kontinuität in der Betreuung möglich.
	Hilfsmittel aus der medizinischen Anthropologie	Spezielle Bedeutung der Krankheit.	Diabetes wird als «Millionärskrankheit» beschrieben.
	Kommunikation	Paternalistisches Verhalten (scheint bei lateinamerikanischen Patienten manchmal erwünscht zu sein) oder Motivationsgespräch?	Das Alkoholproblem wird durch Motivationsgespräche angegangen.
	Dialog	Therapeuten überschätzen oft ihre Spanischkenntnisse. Nicht zögern, einen Übersetzer beizuziehen und zu lernen, mit ihm zusammen zu arbeiten.	Mit dem Arzt und der Pflegeperson finden die Gespräche auf Spanisch statt, mit der Diätspezialistin auf Französisch (mit Übersetzung).

**Tabelle 3. Nützliche Internetadressen, um sich über Sans-Papiers und Patienten aus Lateinamerika zu informieren (Datum der Konsultation: Juli 2009).**

Quelle	Beschreibung	Adresse
Deutschschweizer Anlaufstellen für Sans-Papiers	Allgemeine Information zu verschiedenen Themen, Adressen kantonaler Beratungsstellen, Informationsbulletin	www.sans-papiers.ch
Schweizerisches Rotes Kreuz	Adressen von Anlauf- und Beratungsstellen und für medizinische Beratung nach Kanton, Austausch von Information und Erfahrungen, Sensibilisierung	www.sante-sans-papiers.ch
University of Washington Health Sciences Library	Medizinische und kulturelle Information über Flüchtlinge und Migranten aus Zentral- und Südamerika	http://ethnomed.org/culture/hispanic
University of California San Francisco (UCSF)	Entwicklung und Einführung von Kommunikationsinstrumenten für Spanischsprachige	http://www.hablamosjuntos.org

## Schlussfolgerungen

Die Krankengeschichte von Frau T. zeigt uns, wie sehr wir aufpassen müssen, eine übertriebene oder schematische Kulturalisierung zu vermeiden. Frau T. arbeitet unregelmässig für sehr geringen Lohn; sie hat praktisch keine soziale Unterstüt-

zung und fühlt sich wegen ihrer Krankheit von der Gesellschaft ausgeschlossen. Wegen ihrer sehr prekären finanziellen Verhältnisse ist sie kaum in der Lage, sich richtig zu ernähren.

Schliesslich entwickelt sie wegen wiederholter Stresssituationen ein Risikoverhalten mit akuten Alkoholrutschen.

Ein bio-psycho-sozialer und spiritueller Approach macht es möglich, sich der im Zuge der Globalisierung und verbreiteten Migration immer vielfältigeren Patientenschaft anzupassen. Dank transkulturellen Kompetenzen in der Klinik und durch Beobachtung sozialer gesundheitlicher Bestimmungsfaktoren sollten wir in der Lage sein, diese Vielfalt mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen besser abschätzen und besser darauf reagieren zu können.

Wir hoffen, dass wir Sie mit unserem engagierten Editorial, das die Chancen betont, die sich für uns durch die Betreuung fremder Patienten ergeben, ferner den Ausführungen über die spezielle epidemiologische Situation bei Migranten im Allgemeinen und Lateinamerikanern im Besonderen davon haben überzeugen können, dass jeder Therapeut sich transkulturelle Kompetenzen aneignen sollte, damit er differenzierter an den individuellen Patienten herantreten kann, weiter dass jede Universität diese Kompetenzen lehren sollte, und dass

schliesslich der Einfluss solcher Kompetenzen wissenschaftlich evaluiert werden muss.

In Tabelle 3  haben wir einige Internetadressen zusammengestellt, unter denen Informationen zu Sans-Papiers in der Schweiz und spezielle Aspekte bei der Betreuung lateinamerikanischer Patienten zu finden sind.

### Dank

Wir danken Herrn Dr. Philipp Staeger, Lausanne, und Frau Esther-Amélie Diserens, Lausanne, für ihre sorgfältige Durchsicht des Textes und ihre wertvollen Kommentare, Frau T., H. und A., Patientinnen aus Lateinamerika, die bereit waren, sich am Nachdiplomunterricht für transkulturelle Kompetenz zu beteiligen, den Mitgliedern der Unité des Populations Vulnérables (UPV), die uns mit ihrer Professionalität und ihrer gelebten Menschlichkeit den Zugang zu den Patienten aus Lateinamerika in Lausanne erleichtert und so eine gerechte und qualitativ hochstehende Betreuung dieser Patienten mitemöglichst haben.

### Korrespondenz:

Dr. Patrick Bodenmann  
 Médecin associé, MER, MSc  
 Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables (UPV)  
 Policlinique Médicale Universitaire  
 Rue du Bugnon 44  
 CH-1011 Lausanne  
[patrick.bodenmann@hospsvd.ch](mailto:patrick.bodenmann@hospsvd.ch)

### Empfohlene Literatur

- Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A. Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. *Soc Sci Med.* 2005;60:2149–54.
- Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, et al. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. *BMC Infect Dis.* 2009;9:34.
- Jackson Y, Myers C, Diana A, et al. Congenital transmission of Chagas disease in Latin-American immigrants in Switzerland. *Emerg Infect Dis.* 2009;14:603–5.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).

## **«La enfermedad del millonario» («la maladie du millionnaire»): Prise en charge transculturelle d'une patiente équatorienne**

## **«La enfermedad del millonario» («Millionärskrankheit»): Transkulturelle Betreuung einer ecuadorianischen Patientin**

### **Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)**

- 1 Van Eeckhout L, Simon C, Clochard O. L'Europe s'accorde à reculer; La mise au ban des clandestins; La mort au bout du voyage. L'Atlas des Migrations 2008; Le Monde, La Vie – Hors Série:118–9; 22–25.
- 2 Sterne JA, Egger M, Smith GD. Systematic reviews in health care: Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. *BMJ*. 2001;323:101–5.
- 3 Bolzman C, Carbajal M, Mainardi G. In: La Suisse au rythme latino: ies éditions; 2007.
- 4 Valli M. Les Latino-Américains sans-papiers à Lausanne: l'insertion cachée. In: La Suisse au rythme latino. Genève: ies éditions; 2007:185–99.
- 5 Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*. 2008;8:93.
- 6 Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A. Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. *Soc Sci Med*. 2005;60:2149–54.
- 7 Wolff H, Lourenco A, Bodenmann P, et al. Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2008;8:391.
- 8 Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, et al. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. *BMC Infect Dis*. 2009;9:34.
- 9 Perone SA, Bovier P, Pichonnaz C, Rochat T, Loutan L. Tuberculosis in undocumented migrants, Geneva. *Emerg Infect Dis*. 2005;11:351–2.
- 10 Wolff H, Janssens J-P, Bodenmann P, et al. Undocumented migrants in Switzerland: Geographical origin vs. legal status as risk factor for tuberculosis. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2009;[Accepted for publication].
- 11 Jackson Y, Chappuis F, Loutan L. Chagas disease in Switzerland: managing an emerging infection and interrupting its transmission. *Rev Med Suisse*. 2008;4:1212–4, 6–7.
- 12 Jackson Y, Myers C, Diana A, et al. Congenital transmission of Chagas disease in Latin-American immigrants in Switzerland. *Emerg Infect Dis*. 2009;14:603–5.
- 13 Bodenmann P, Cornuz J, Vaucher P, Ghali W, Daepfen JB, Favrat B. A Health Behaviour Cross-Sectional Study of Immigrants and Non-immigrants in a Swiss Urban General-Practice Setting. *J Immigr Minor Health* 2008.
- 14 Bodenmann P. Perception du risque pour la santé lié à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente? In. Bern: OFSP; 2006:89–96.
- 15 Betancourt JR. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med*. 2003;78:560–9.
- 16 Morales S. Care of Latinos. In: Bigby J, ed. In *Cross-cultural Medicine*. Philadelphia: Am Coll Physicians. 2003:61–94.
- 17 Carbajal M. Femmes latino-américaines sans-papiers en Suisse. Analyse de projets migratoires, logiques d'action et modes de vie. In: *Femmes et mobilités*. Marcinelle: C. Gavray; 2007:367–85.
- 18 Berg GD, Wadhwa S. Diabetes disease management results in Hispanic Medicaid patients. *J Health Care Poor Underserved*. 2009;20:432–43.
- 19 Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Françoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med*. 2003;57:503–12.
- 20 Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behaviour. *BMJ*. 2005;331:961–3.
- 21 Glyn E. Shared decision making – Patient involvement in clinical practice. In. Nijmegen, Netherlands: WOK; 2001.