



Sensibel für Kulturfallen im ärztlichen Alltag

Stolpersteine in der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund

von Klaus Dercks, ÄKWL

Man muss nicht alle Dialekte Nigerias sprechen können – doch Sensibilität für den kulturellen Hintergrund von Patientinnen und Patienten mit Migrationsvorgeschichte hilft, „Kulturfallen“ bei Diagnostik und Therapie zu vermeiden. Erstmals in Zusammenarbeit mit der Akademie der Zahnärztekammer lud die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL Ende Januar zu einer Fortbildungsveranstaltung ein, die kultur-spezifische Aspekte aus verschiedensten Versorgungsbereichen thematisierte.

Nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Medizinische Fachangestellte für die speziellen Herausforderungen zu sensibilisieren, sei ein besonderes Anliegen der Ärztekammer, betonte ÄKWL-Vorstandsmitglied und –Menschenrechtsbeauftragter Dr. Rudolf Kaiser, als er die über 60 Zuhörer im Ärztehaus Münster begrüßte. Er wies auf die speziellen Fortbildungsangebote der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL für MFA hin (s. Kasten).

Interkulturelle Kompetenz ist der Schlüssel

Interkulturelle Kompetenz ist der Schlüssel, „therapeutische Chancengleichheit“ auch für Patienten mit Migrationshintergrund zu erreichen, war Dr. Ibrahim Güngör überzeugt. Der in Dortmund niedergelassene Internist zeigte auf, dass der interkulturell versierte Arzt zahlreiche Aspekte im Auge haben müsse. „Den“ türkischen Migranten etwa gebe es nicht, machte Güngör am Beispiel einer Patientengruppe deutlich, dass Faktoren wie Generationszugehörigkeit, Geschlecht, Heimatverbundenheit und Sprachverständnis entscheidenden Einfluss auf die Gestaltung der Behandlung haben können. Zudem brauche es Ambiguitätstoleranz – wie weit kann sich ein Arzt ohne negative wie positive Vorurteile in die Lebens- und Gefühlswelt des Patienten hineinversetzen? Um eine andere Kultur zu erfahren, brauche es keine Interkontinentalflüge. „Das Fremde findet schon im eigenen Lebensraum statt.“

Schwere Folgen kann die Erfahrung des Fremden gerade bei „Kulturneulingen“ haben. „Vertraute Codes gelten für sie plötzlich nicht mehr, vertraute Ausdrucksmöglichkeiten funktionieren nicht mehr“, beschrieb Güngör das Dilemma, in dem sich nicht we-

nige Menschen nach einer Migration großem Stress ausgeliefert sehen. Ein „Kulturschock“ könne sich in körperlichen Beschwerden niederschlagen, die in der Arztpraxis oft nicht zuzuordnen seien. Dabei bestehe bei vielen Patienten die Tendenz, psychologische Belastungen in Form von körperlichen Symptomen darzustellen. Deren Darstellung variiere in der kulturellen Ausgestaltung. So könne sich der Arzt bei türkisch-stämmigen Patienten mit Organ-Chiffren konfrontiert sehen, die im Deutschen ungewohnt klingen. Eine „verrutschte Lunge“ meine etwa eine Störung des inneren Gleichgewichts; ist die Rede von einem „verrutschten Nabel“, kommt das Gespräch sicherlich bald auf Müdigkeit oder Übelkeit des Patienten.

Globalisierung, so Ibrahim Güngörs Fazit, findet auch auf lokaler Ebene statt. Kulturen durchdringen sich gegenseitig, Hybridkulturen entstehen. Zwar gebe Spezialangebote für Patienten mit Migrationshintergrund. Lobenswert – doch Dr. Güngör forderte, im ambulanten Bereich Strukturen für „migrantenfreundliche“ Praxen zu schaffen. Geschultes, womöglich mehrsprachiges Praxispersonal gehöre ebenso dazu wie fremdsprachiges Informationsmaterial. Und der eine oder andere Blick in den Kalender. „Der Ramadan findet in diesem Jahr vom 20. Juli bis zum 18. August statt. Da kann es bei einigen Patienten Probleme mit Zuckerspiegel und Blutdruck geben.“

Wichtige Hinweise aus der Migrationsgeschichte

Kenntnis der Migrationsgeschichte kann auch bei der Behandlung von Infektionskrankheiten den entscheidenden Hinweis geben: PD Dr. Anton Gilllessen, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am Herz-Jesu-Krankenhaus Münster-Hiltrup, machte dies anhand der Tuberkulose deutlich. Schon jetzt seien sechs Prozent der Tbc-Patienten aus ehemaligen GUS-Staaten „multi drug resistant“, was eine schwierige und langwierige Behandlung mit Reservetherapeutika nach sich ziehe. Auch Patienten mit „extensively drug resistance“ würden mittlerweile aus 55 Ländern weltweit gemeldet. „Denken Sie früh an Tbc“, bat Gilllessen, damit Diagnose und Behandlung rechtzeitig auf den richtigen Weg führen könnten.

Zahngesundheit und Migration

Einen Überblick über die Zahngesundheit von Kindern in Familien mit Migrationshinter-

grund gab PD Dr. med. dent. Mozhgan Bizhang von der Zahnklinik der Universität Witten/Herdecke. Im internationalen Maßstab stünden die Zähne von Kindern in Deutschland vergleichsweise gut da. Der DMFT-Index, der (kariös) zerstörte, fehlende oder gefüllte Zähne berücksichtigt, ging von 1994 bis 2005 um 71 Prozent zurück – unter anderem eine Folge der in der Gesundheitsreform 1989 eingeführten Präventionsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die gesunden Zähne sind jedoch ungleich verteilt: zehn Prozent der Kinder haben 61 Prozent der zerstörten, fehlenden oder gefüllten Zähne.

Anhand von Studienergebnissen legte Dr. Bizhang dar, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund weniger häufig die Möglichkeit zur Versiegelung der Fissuren in den Molaren nutzen, weniger intensiv Zahnpflege betreiben und auch seltener Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt in Anspruch nehmen. Als Grund sah Bizhang unter anderem den in vielen dieser Familien eher schlechten Wissensstand der Eltern zum Thema Karies. „Kinder mit Migrationshintergrund sind Karies-Risikokinder“, fasste Dr. Bizhang zusammen. Sie setzte sich dafür ein, aufsuchende Präventionsangebote in Kindergärten und Schulen zu intensivieren und auch die Familien verstärkt anzusprechen. So sollten schon Schwangere über die Bedeutung von Kariesprophylaxe und -sanierung informiert werden, zudem brauche es eine intensive postnatale Mundhygiene-Betreuung. „Die erste zahnärztliche Untersuchung sollte innerhalb von sechs Monaten nach Eruption des ersten Zahnes stattfinden.“

Migration und Reha-Behandlung

Kann der Migrationshintergrund eines Patienten auf seine Rehabilitationsbehandlung einwirken? Dr. Hans-Heinrich Walk, Oberarzt der Abteilung für Neurologie der Klinik am Rosengarten in Bad Oeynhausen, stellte die Sorgen dar, die viele Patienten zu Beginn der Reha-Behandlung umtreiben: Gerade bei Patienten mit hoher körperlicher Beanspruchung im Beruf könne eine Krankheit die Berufsausübung und die Chancen auf einen Berufswechsel einschränken. Kommen ungenügende Kenntnisse von Sozialleistungen und unrealistische Vorstellungen über eine womöglich zu erreichende Rente hinzu, werde es schwierig. „Wir müssen eingreifen, damit die Patienten ihre Reha mit freiem Kopf machen können.“

FORTBILDUNG FÜR MFA

**Migranten in der Arztpraxis
– Wissenswertes für die
Medizinische Fachangestellte
Vorträge – Gruppenarbeit – Rollenspiele**

Sa., 5. Mai 2012, Münster

Weitere Informationen:
Akademie für ärztliche Fortbildung
der ÄKWL und der KVWL, Burkhard Brautmeier,
Tel. 0251 929-2207, www.aekwl.de/katalog



PD Dr. med. Anton Gillessen, PD Dr. med. dent. Mozghan Bizhang, Prof. Dr. med. Matthias David, Dr. med. Rudolf Kaiser, Dr. med. univ. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Dr. med. Hans-Heinrich Walk, Dr. med. Ibrahim Güngör. (v. l. n. r.) halben einmal mehr, „Kulturfallen im ärztlichen Alltag“ zu erkennen. Foto: kd

Walk warnte eindringlich davor, Patientinnen und Patienten vorschnell in „Schubladen“ zu stecken. Hier „Morbus mediterrane“, dort die zurückhaltende Ausdrucksweise von Patienten aus asiatischen Kulturen – „die Menschen haben nicht schlimmere Schmerzen, sie sagen es bloß anders“. Dr. Walks Forderung: „Offen sein für andere Kulturen. Und Interesse an der Behandlung haben, auch wenn es vielleicht mehr Zeit kostet.“ Nicht alle zunächst nicht erklärbaren Beschwerden müssten als Ausdruck einer somatoformen Störung durch pathologische Migration gesehen werden. Ärztinnen und Ärzte sollten deshalb Krankheitswertigkeit, kulturspezifische Symptomdarstellung und Aggravation differenziert betrachten. Dabei gelte es auch, Sprachkenntnisse der Patienten im Blick zu behalten, ein womöglich vorschnelles „Ja“ als Antwort zu hinterfragen und, wenn ein Dolmetscher hinzugezogen werden muss, sich auch über dessen Status – sowohl in Sprachkenntnissen als auch in der Beziehung zum Patienten – klar zu werden.

Umstände der Migration und ihre Auswirkungen

Migration und Schwangerschaft – Dr. Solmaz Golsabahi nutzte den Vergleich beider Phänomene um deutlich zu machen, dass es jeweils auf die Umstände ankommt: „Migration ist in der Menschheitsgeschichte erst einmal etwas Gutes, und wer schwanger ist, ist erst einmal nicht krank“, erläuterte die 1. Vorsitzende des Dachverbandes der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Doch selbstverständlich mache es einen Un-

terschied „ob die Migration mit einem Vertrag von RTL in der Tasche als Auswanderer nach Gran Canaria geht oder ob man bei Nacht und Nebel aus dem Fenster springen und flüchten muss.“

Das „anders krank sein“, das Patienten mit Wurzeln in anderen Kulturen im klinischen Alltag mitunter zeigten, sei auch eine Frage der Erziehung – da mache es durchaus einen Unterschied, ob man christlich-abendländisch „sein Kreuz selbst trage“ oder ein südländisch-kollektives Verständnis an den Tag lege: „Wenn ich krank bin, sind alle krank.“ Jede Sprache habe eine bestimmte Art, Symptome auf den Punkt zu bringen – was beispielsweise den Katalog der Anzeichen für eine Depression für Patienten aus verschiedenen Kulturkreisen einengt. „Nur Schlafstörungen, Antriebsstörung und Morgentief sind ubiquitäre Symptome auf der ganzen Welt.“

Ein komplexes Problem könne die Frage nach den Beschwerden des Patienten werden. „Wir erwarten dann eine ‚Organantwort‘. Doch was ist, wenn die Muttersprache des Patienten eine solche Antwort nicht hat?“ Auch Dr. Golsabahi riet zum sensiblen Umgang mit Dolmetschern bei der Begegnung von Arzt und Patient. Nicht nur das übersetzte Patientengespräch, sondern auch Vor- und Nachgespräch mit dem Dolmetscher erfordere die Aufmerksamkeit des Behandlers. Denn auch wenn Diagnosen und Therapie meist oft unabhängig von der Herkunft des Patienten gleich sind: „Beide sind immer sprachlich angepasst umzusetzen.“ Dr. Golsabahi brach eine Lanze

für eine Verbesserung der ärztlichen Qualifikation gerade im Umgang mit Patienten aus fremden Kulturen: „Man sollte bereits in der Ausbildung Kenntnisse über Kulturen und Religionen einbauen – das würde später viel Zeit sparen.“

Auch Gynäkologie, Geburtshilfe und Neonatologie haben vielfältige Berührungspunkte mit der Migrationsthematik – gleich zum Einstieg in seinen Vortrag berichtete Prof. Dr. Matthias David, Oberarzt der Klinik für Gynäkologie am Universitätsklinikum Charité in Berlin, von der Beobachtung, dass 70 Prozent der dort mit Hyperemesis gravidarum betreuten Patientinnen Migrantinnen seien. Zu den üblichen Ursachen für das Schwangerschaftserbrechen komme möglicherweise z. B. Akkulturationsstress hinzu. Zum Problem der Migrantinnen könnten u. a. Sprachkenntnisse werden. Wenn etwa eine Patientenaufklärung durch den Sohn der Patientin übersetzt werde, „weiß man nicht, was da übersetzt wird. Aber es wird nicht das Optimale sein.“ Viele, auch junge Frauen mit Migrationshintergrund verfügten nur über ein geringes Basiswissen zum weiblichen Körper. „Doch mit schriftlichen Informationen, zumal in deutsch, kommt man nicht weit.“ Gerade bei Patientinnen über 50 Jahren seien Informationen in der Muttersprache sehr gefragt.

Eine Migrationsvorgeschichte könne gerade im Bereich der Schwangerschaft allerdings auch positive Ressourcen mit sich bringen. So seien unter schwangeren Migrantinnen höhere Alkoholabstinenz, weniger Raucherinnen und eine weiter verbreitete Stillkultur zu finden, erläuterte Prof. David. Schlechter als bei deutschen Schwangeren falle jedoch die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen aus. „Das verhindert leider oft den frühestmöglichen Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.“ Eine Tendenz, die sich auch bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zeige. „Frauen mit Migrationshintergrund werden nicht so gut erreicht, egal, in welcher Sprache das Einladungsschreiben gehalten ist.“ Prof. Davids Resümee für die Versorgungspraxis: Zusammen mit anderen Patientendaten solle auch der Migrationsstatus erhoben werden. Mitarbeiter in Krankenhaus und Praxis müssten für das Thema sensibilisiert werden und nicht zuletzt müsse die Migrationsthematik auch in Aus-, Weiter- und Fortbildung und Qualitätsmanagement abgebildet werden.