



PARACELSUS
MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT



KLINIKUM
NÜRNBERG

Weil kaum jemand darüber spricht
„Wie können wir mit Pat.
kommunizieren, wenn Betroffene
aus kulturell bedingten Motiven
diese Gespräche meiden?“

Marburger Symposion für Palliativmedizin und Hospizarbeit – 09.März 2024

Kultursensible Kommunikation, Dr. med. Leyla Güzelsöy

Übersicht

1. Migration
2. Kulturgebundene Wertung von Gesundheit und Krankheit
3. Kommunikation: Sprache als Kernelement vieler Schwierigkeiten
4. Besonderheit kulturell geprägte Schmerzwahrnehmung und Expression
5. Transkulturelle Kompetenz

Migration

- im weitesten Sinne jeder längerfristige Wohnsitzwechsel im geographischen und sozialem Raum
- in der Geschichte oft positiv besetzt, man verlässt die Heimat, um gestärkt zurückzukehren

„Person mit Migrationshintergrund“ Deutsches Konstrukt

- Statistisches Konstrukt oft in Analysen bezüglich der Diskriminierungsmessung verwandt
- Hierbei kommen ausschließlich Staatsangehörigkeit und der Geburtsort zum Tragen (Migrationshintergrund liegt vor, wenn ein Elternteil allochthon ist)
- Andere Daten werden in dieser Fremdkategorisierung nicht erhoben
- Von der Statistikabteilung der Vereinten Nationen, der UN und NGO's stark kritisiert als nicht geeignet
- „ethnisch-kulturelle“ Zugehörigkeit soll und muss im Sinne einer subjektiven Selbstauskunft erhoben werden (Empfehlung der Vereinten Nationen)

Keine Migrationserfahrung

- 26,7% aller Einwohner*innen in Deutschland hatten 2020 einen sogenannten Migrationshintergrund (jede vierte Person in Deutschland)
- Personen mit sogenanntem Migrationshintergrund ohne eigene Migrationserfahrung beträgt 36,2% (rund 1/3)
- Je jünger die Altersgruppe, desto höher der Anteil der Personen mit sogenanntem Migrationshintergrund (Kinder <5J → 40,3%)

Migrationsbiographie und Gesundheit

Die Ottawa-Charta der WHO
erklärte Migrant*innen generell zu einer
„verletzlichen Gruppe“, der ein
besondere Aufmerksamkeit in
Public-Health-Systemen
einzuräumen sei.



Belastende Faktoren der Migration

- Sprachliche Probleme
- Heimweh
- Einsamkeit
- Statusverlust
- Aufenthaltsstatus
- Ökonomische Unsicherheit
- Dissonanzen zwischen Normen und Werten der verschiedenen Gesellschaften/Kulturen

Konfliktfelder im klinischen Alltag

- Kulturell geprägte Schmerzwahrnehmung
- „Wehleidigkeit“
- Viele Besucher
- Andere Erklärungsmuster für Krankheiten
- Andere Erwartungen an die Rolle der Pflegenden und Ärzt*innen
- Das Gefühl, Teil einer ungeliebten und ungewollten Minderheit zu sein

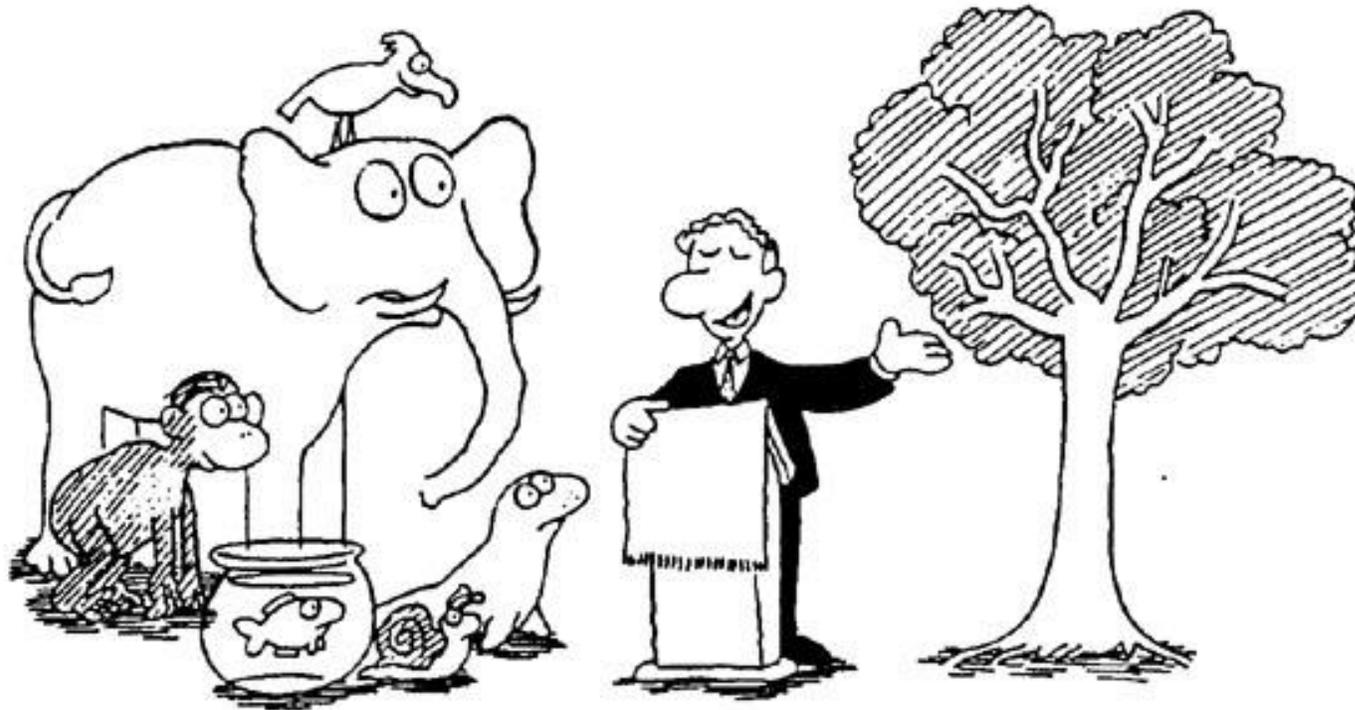
Übersicht

1. Migration
2. Kulturgebundene Wertung von Gesundheit und Krankheit
3. Kommunikation: Sprache als Kernelement vieler Schwierigkeiten
4. Besonderheit kulturell geprägte Schmerzwahrnehmung und Expression
5. Transkulturelle Kompetenz

„Kulturpaket“

- Das Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Leid, Sterben und Tod tragen Patient*innen mit sich
- Dieses Kulturpaket beinhaltet das eigene Verständnis und ist geprägt von der Herkunft, der Familie, der Sozialisation, der Religion und dem als eigen/zugehörig erlebten Kulturkreis
- Fremdzuordnungen von Fremd und nicht Fremd sind hier schwierig und oft auch defizitär

Nicht alle sind gleich



»Damit es gerecht zugeht, erhalten Sie alle die gleiche Prüfungsaufgabe: Klettern Sie auf diesen Baum!«

Kulturpaket

- In der Unterschiedlichkeit liegt bereits die erste Gemeinsamkeit

Islamische Vorstellung zu Durst und Sterben

Nach islamischer Vorstellung besucht der Teufel in den letzten Stunden den Sterbenden und bietet ihm Wasser an,

wenn dieser seinen Glauben verrät.

Um ihn nicht in Versuchung zu führen, dürfen Muslime im Sterbebett keinen Durst haben.

→Achten auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr bzw. Befeuchten des Mundes

→Gläubige Muslime werden oft unruhig, wenn sie nicht trinken können

→**Cave:** Muslime stellen keinen monolithischen Block dar

Arztbilder

- Das Verhalten des Arztes wird von verschiedenen Rollenverständnissen bestimmt, vom eigenen sowie von dem der Gesellschaft
- Im Wesentlichen sind zwei Unterschiede: Das Bild des Arztes in der jeweiligen Zeit – also der Istzustand – und das Idealbild des Arztes, wie es von verschiedenen Seiten gewünscht wird
- Ärzt*innen genießen hohes Sozialprestige

Arztbilder

Götter in weiß – Samariter – Partner – Dienstleister

- paternalistisches Verhältnis: väterlich-fürsorglich; der Arzt ist der überlegene Experte. Er entscheidet für den Patienten zu dessen (vermeintlichem) Besten.
- Partnerschaftsmodell: Der Arzt begleitet und berät den Patienten und hilft ihm, zu einer eigenen Bewertung zu kommen. Bei anhaltendem Dissens respektiert er die Patientenentscheidung.
- Konsumentenmodell: sachlich; der Arzt ist in erster Linie der technische Experte. Entscheidungen liegen allein beim Patienten.

Unterschiedliche Erwartungen

- Unterschiedliche Erwartungen an die Ärzt*innen, Pflegenden, Sozialarbeiter*innen
- Unterschiedliche Arztbilder (Paternalismus versus informed consent → **löst bei Patient*innen oft Misstrauen und Angst aus.**
- Unterschiedliche Schmerzexpression
- Größerer Wert auf Verabreichung von Medikamenten

Prinzip Hoffnung

- Hoffnung zu nehmen ist oft unerträglich
- Patient*innen dürfen nicht alles erfahren
- Kommunikation über den Tod wird z.T. als Gotteslästerung erachtet
- Für Gläubige steht Gott über allem (speziell im Islam feste Vorstellung davon, dass es für jedes Leid auch Heilung gibt)

Übersicht

1. Migrationsbiographie, Gesundheit, Zugangsbarrieren
2. Kulturgebundene Wertung von Gesundheit und Krankheit
3. Kommunikation: Sprache als Kernelement vieler Schwierigkeiten
4. Besonderheit kulturell geprägte Schmerzwahrnehmung und Expression
5. Transkulturelle Kompetenz

Doppelte Sprachlosigkeit im Angesicht von Leid, Sterben und Tod

Sprachprobleme können zu einer doppelten Sprachlosigkeit führen, wenn Patien*innen oder Angehörigendarüber hinaus die Sprachkenntnisse und Worte hinsichtlich dieses Themenfeldes fehlen.

→ Emotionen verankert in der Muttersprache

Aktuelle Lösungsstrategien bei Sprachbarrieren

- Mangel an professionellen Dolmetscher*innen, da Einsatz kostenintensiv
- Als Dolmetscher*innen werden herangezogen:
 - Kinder
 - Verwandte
 - Reinigungskräfte und anderes Klinikpersonal mit Sprachkenntnissen

Kommunikation im Krankenhaus bei Sprachdefiziten

- unmittelbar zum Patienten sprechen und nicht zum med. Personal
- Herumführen der Patient*innen auf Station, Zeigen der Aufenthaltsräume, Duschkmöglichkeiten und Toiletten. Vorführen von Fernsehgerät und Telefon
- Austeilen von Bildtafeln mit Abbildungen (von Essen, Trinkglas, Toilette). Sowohl Personal als auch Patienten können darauf deuten und Bedürfnisse anpassen, individuell leichter möglich
- Bild- und Wörterbücher
- Schmerzskalen von „kein Schmerz“ bis „unerträgliche Schmerzen“
PatientInnen können mit einem Schieber die Schmerzstärke bekannt geben
- Bitte kein „Ausländerdeutsch“ und keine „Kleinkindchenkommunikation“
- Nicht lauter werden im Tonfall, sprachliche Defizite der Migranten nicht auf deren Bildung/sozioökonomischen Status transferieren

Nach Bühlmann und Stauffer (2001)

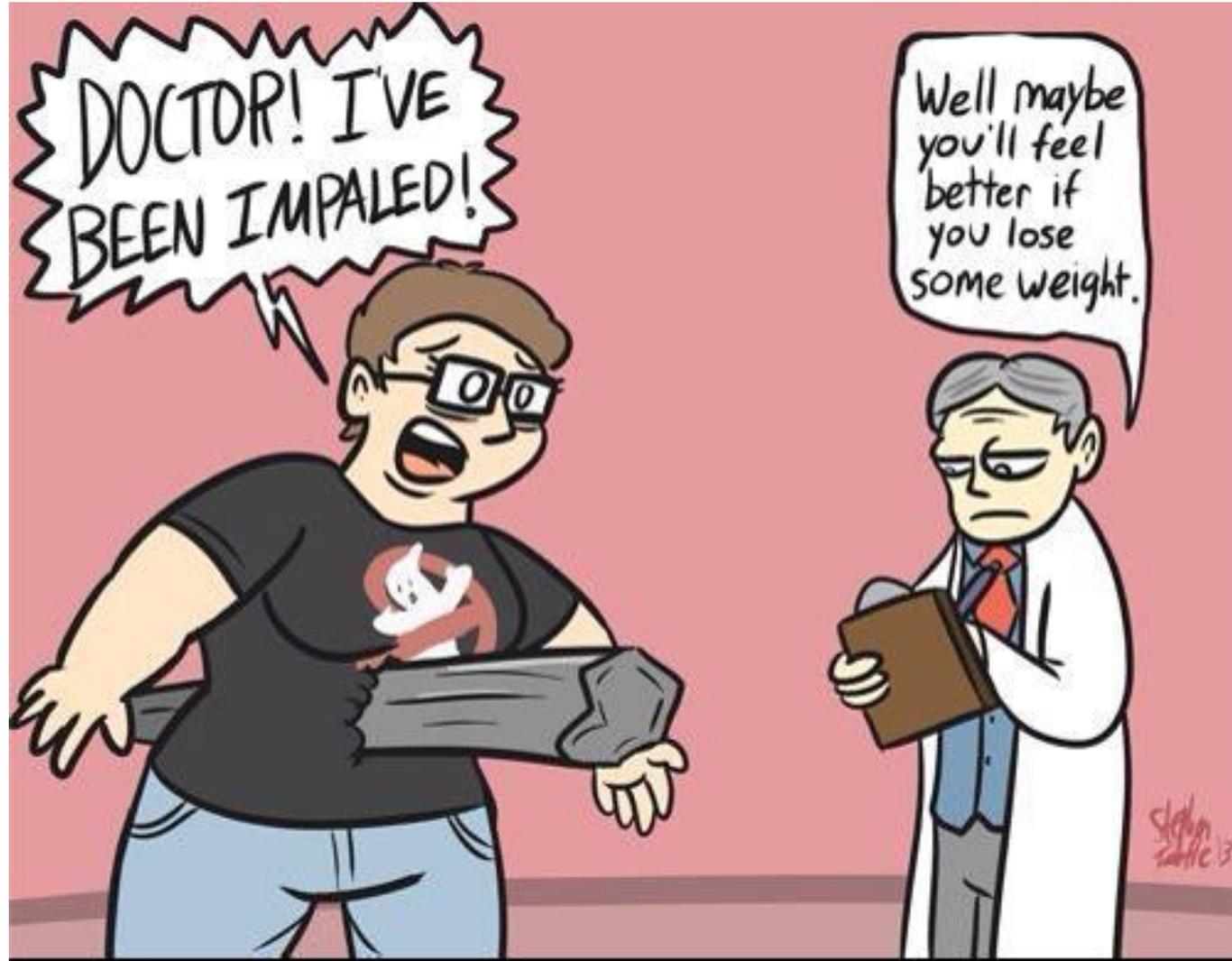
Erweiterte Lösungsvorschläge

- Ausbildung und Einsatz von Migrant*innen, die zu Dolmetscher*innen und soziokulturellen Vermittler*innen ausgebildet werden
- Beispiele:
 - Gemeindedolmetscher*innen
 - Integrationsassistent*innen
 - Sprach- und Kulturvermittler*innen

Übersicht

1. Migrationsbiographie, Gesundheit, Zugangsbarrieren
2. Kulturgebundene Wertung von Gesundheit und Krankheit
3. Kommunikation: Sprache als Kernelement vieler Schwierigkeiten
4. Besonderheit kulturell geprägte Schmerzwahrnehmung und Expression
5. Transkulturelle Kompetenz

Sind Männer wehleidiger als Frauen?
Sind Ärzt*innen bezüglich Schmerzexpression abgestumpft?



Schmerzkontrolle und Leidlinderung als ein Menschenrecht? Ethik-Charta der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes:

- Schmerzfreiheit ein wesentliches Element menschl. Wohlbefindens
- Schmerztherapie fundamentales Menschenrecht.
- Alle Menschen haben das gleiche Recht auf angemessene Schmerzlinderung.
- Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben ohne Schmerzen, zur Not unter Inkaufnahme von Nebenwirkungen.
- Schmerzlinderung im Einklang mit Respekt vor Patientenautonomie
- Schmerztherapie darf nicht schaden. Es ist nicht als Schaden zu betrachten, wenn ein früherer Tod beim Tumorpatienten Folge einer Schmerztherapie ist.
- Schmerzlinderung darf die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht einschränken.
- Risiken der Schmerztherapie dürfen Therapiemaßnahmen nur dann begrenzen, wenn sie den Vorteil der Schmerztherapie (im Ergebnis) wieder aufheben würden.

Schnittstelle Kultur

- Schmerz nicht allein als eine neurophysiologische Antwort auf einen Gewebsreiz/-schaden
- Schmerz als ein Bio-psychosoziales Phänomen
- Psychischer Schmerz im Angesicht von Leid und Verlust
- Pain is never the sole creation of our anatomy and physiology. It emerges only at the intersection of bodies, minds and cultures (Morris 1991:1).

Kulturelle Unterschiede?

- Tatsächlich ist die Schmerzexpression bei Männern deutlich stärker bei geringfügigen Erkrankungen
- Hingegen Verstummen viele bei ernsthaften schmerzhaften Erlebnissen
- Frauen äußern Schmerzen oft stärker entsprechend der Symptomlast
- Individuelle Unterschiede in einer Nationalität oft größer als zwischen den Nationen
- Auch der Tod und der Sterbende verursachen Schmerz im Gegenüber – auch die Expression von Leid und Verlust ähnlich wie bei leiblichem Schmerz „kulturell geprägt“
- Leid erträgt sich leichter bei gelebtem Leben (Irving Yalom, Existential Psychotherapy, 1980)

Patient Controlled Analgesia

Mehrere interkulturelle Studien¹, mit postop. Einsatz von PCA zeigen,

- „Südländer*innen“ benötigen nicht mehr Schmerzmittel als Europäer*innen
- Schmerzexpression bei Südländer*innen oft deutlich höher
- Asiat*innen haben oft einen etwas niedrigeren Verbrauch bei auch deutlich niedrigerer Schmerzexpression

¹ Culture, Brain & Analgesia. Understanding and Managing Pain in Diverse Populations/Mario Incayawar and Knox Todd; Oxford 2013

Patient Controlled Analgesia – Einsatz

Vorteile:

- Benachteiligung durch das Pflegepersonal aufgrund stereotyper Vorannahmen kann vermindert werden
- Schmerzmittelverbrauch oft niedriger und adäquater

Nachteile:

- Schmerzlindernde Wirkung durch Pflege/Zuwendung/Kommunikation vernachlässigt

Private und öffentliche Schmerzpräsentation

- Kulturell geprägt
- Stoische Haltung versus extrovertierte Haltung

Psychologische Mitbetreuung in palliativer Situation

- Oft geäußerte Narrative von Krankheit und deren Bedeutung einbeziehen
- „Pain is whatever the experiencing person says it is, and is as bad as they say it is“¹
- Wahrnehmung und Erleben von Leid nicht in Frage stellen
- Aufklärungspflicht versus Aufklärungszwang
- Auch die Verdrängung aushalten und akzeptieren
- In der Geschwindigkeit der Patient*innen und ihrer Angehörigen bleiben

Notwendige Fragen

- Welche Behandlung wünschen Sie sich?
- Welche Ergebnisse erhoffen Sie sich?
- Welche Heilmittel haben Sie schon ausprobiert?
- Was fürchten Sie am meisten?
- Worauf hoffen Sie?

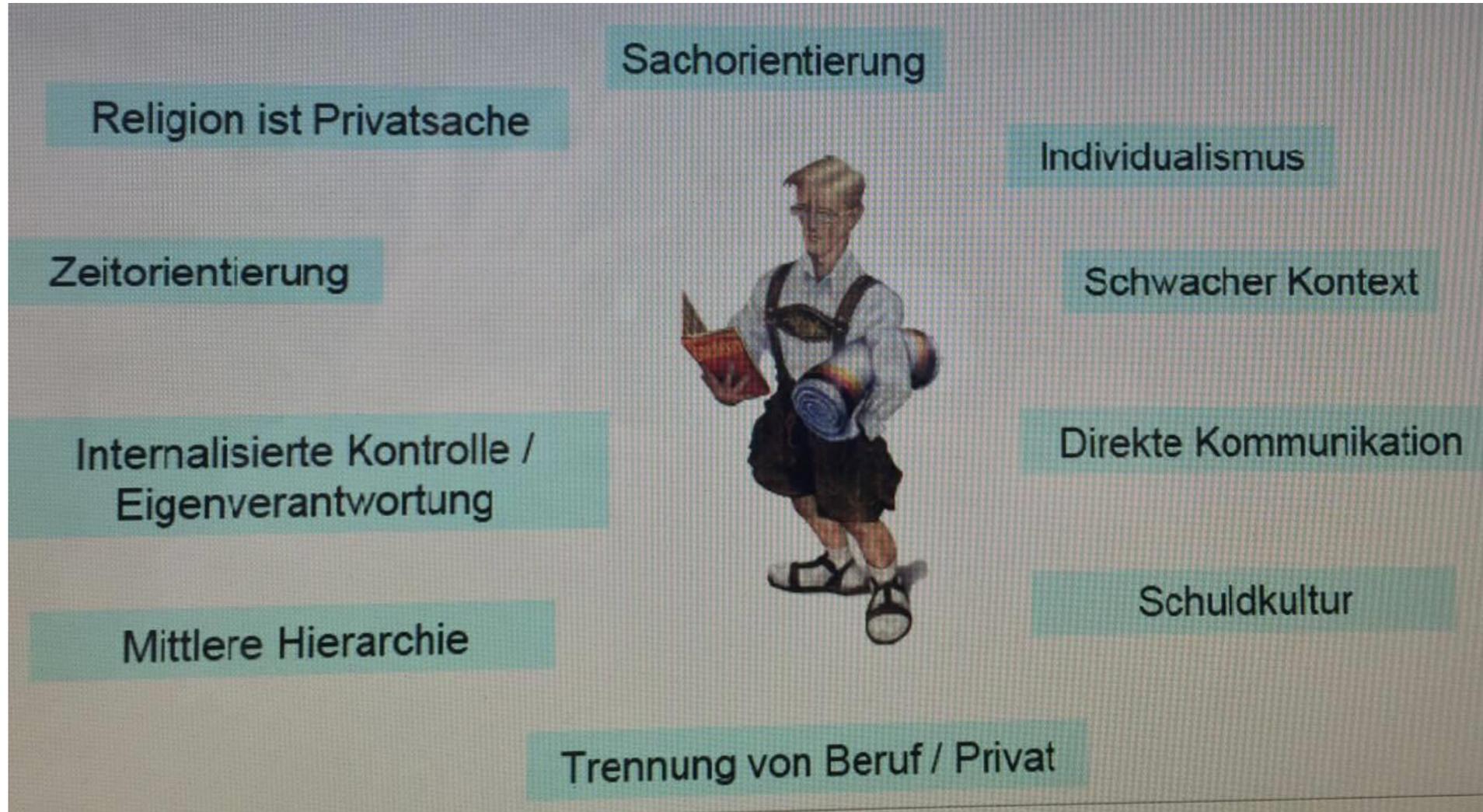
Fazit

Medizinethisch sind auch Laienkonzepte in ihren kulturellen Kontexten zu beachten und in die medizinische Ausbildung zu integrieren, wollen wir in einer werteppluralen Gesellschaft den Bedürfnissen unserer Patient*innen gerecht werden

Übersicht

1. Migrationsbiographie, Gesundheit, Zugangsbarrieren
2. Kulturgebundene Wertung von Gesundheit und Krankheit
3. Kommunikation: Sprache als Kernelement vieler Schwierigkeiten
4. Besonderheit kulturell geprägte Schmerzwahrnehmung und Expression
5. Transkulturelle Kompetenz

Deutsche Kulturzuordnungen (Individualismus)



Arabische Kulturzuordnungen (Kollektivismus)



Deutschland

- Das Wichtigste kommt zuerst
- Sache vor Person
- Zentrieren und Fokussieren
- Polarisieren
- Mut zum Dissens
- Sachlichkeit
- Sachlogik
- Roter Faden meist erkennbar

**= direkte Kommunikation,
sachbezogen**

Arabisch/Islamischer Raum

- Das Wichtigste kommt am Schluss
- Person vor Sache
- Liebe zum Detail
- Synthese
- Priorität von Konsens
- Einheit von Person und Sache
- Rhetorik / Eloquenz
- Roter Faden selten erkennbar

**= indirekte Kommunikation,
personenbezogen**

Jeder Mensch ist in gewisser Hinsicht:

- Wie **alle** anderen Menschen
- Wie **einige** andere Menschen
- Wie **kein** anderer Mensch

C. Kluckhohn und H.A. Murray (1948)

Transkulturelle Kompetenz

- Selbstreflexion
- Hintergrundwissen
- Erfahrungen mit Migrant*innen
- Interesse und Wertschätzung des Patienten
- Flexibilität in der Kommunikationsweise
- Wünschenswert: Einsatz von professionellen Sprachmittler*innen
- Umfassende kultursensitive Anamnese

Transkulturelle Anamnese

- Als erster Einstieg können ein ehrliches Interesse und/oder die eigene Erfahrungen mit dem Herkunftsland des/der Migranten/Migrantin helfen; diese persönliche, aber dennoch professionelle Ebene kann viel zum Beziehungsaufbau beitragen
- Fragen nach:
 - Religion
 - Ritualen
 - persönlichen Einstellung zu Sterben und Tod
 - Essensvorlieben
 - Sprachkenntnisse
 - Migrationsgeschichte (Krieg/Ökonomie/Minderheit)
 - Soziale Netzwerke....

Kulturelle Kompetenz gerade in wertpluralen Gesellschaften unerlässlich. Dies bedeutet:

- Sensibilität für kulturelle Unterschiede
- Kenntnisse über die „eigenen“ und die „fremden“ Kulturen
- Geschicklichkeit und Anpassungsfähigkeit im Umgang mit „Fremden und Fremdem“
- Offenheit für andere Kulturen, Sitten und Gebräuche
- Sich eigener Rassismen bewusst sein
- Wissen, dass niemand vor Fremdmarkierungen sicher ist

Ergo: Kultursensible Kommunikation erfordert:

- Wissen, denn Wissen hilft Verstehen (Vermeiden von Stereotypen)
Aber: Eine andere „Kultur“ kann nicht gänzlich angelesen werden, es will primär gelebt sein
- Neugierde: Bevor ich Mutmaße frage ich interessiert nach
- Haltung: Empathisch offene Grundhaltung unverzichtbar
- Kritische Toleranz (kein Kulturrelativismus!)
- Selbstreflexion
- Gute Kommunikative Skills und Settings: Kein Zeitdruck, Aktives Zuhören, Dolmetscher*innen, Kulturvermittler*innen, Eisbreaker

Das Bekannte im Fremden erkennen

Wenn die Bedeutung eines Wortes uns nicht fremd ist, erkennen wir was gemeint ist auch wenn etwas fehlt.

„Sie sind fremd und wir wollen Sie nicht hier haben weil uns ihre Absichten unbekannt sind“

(Kafka des Schluß)

Stereotyp und Vorurteil

- vereinfachte, kollektive Bilder + Vorstellungen von bestimmten Gruppen (z.B. soziale, nationale, Berufs-, Alters-, Sprach-Religionsgruppe)
- Zusammenfassung verallgemeinernder Merkmale und Verhaltensweisen
- notwendiger und oft unbewusster Vorgang
- dient der Identitätsstiftung innerhalb einer Gruppe
- **Vorurteil: mit Emotionen und Bewertungen besetzte Stereotype**

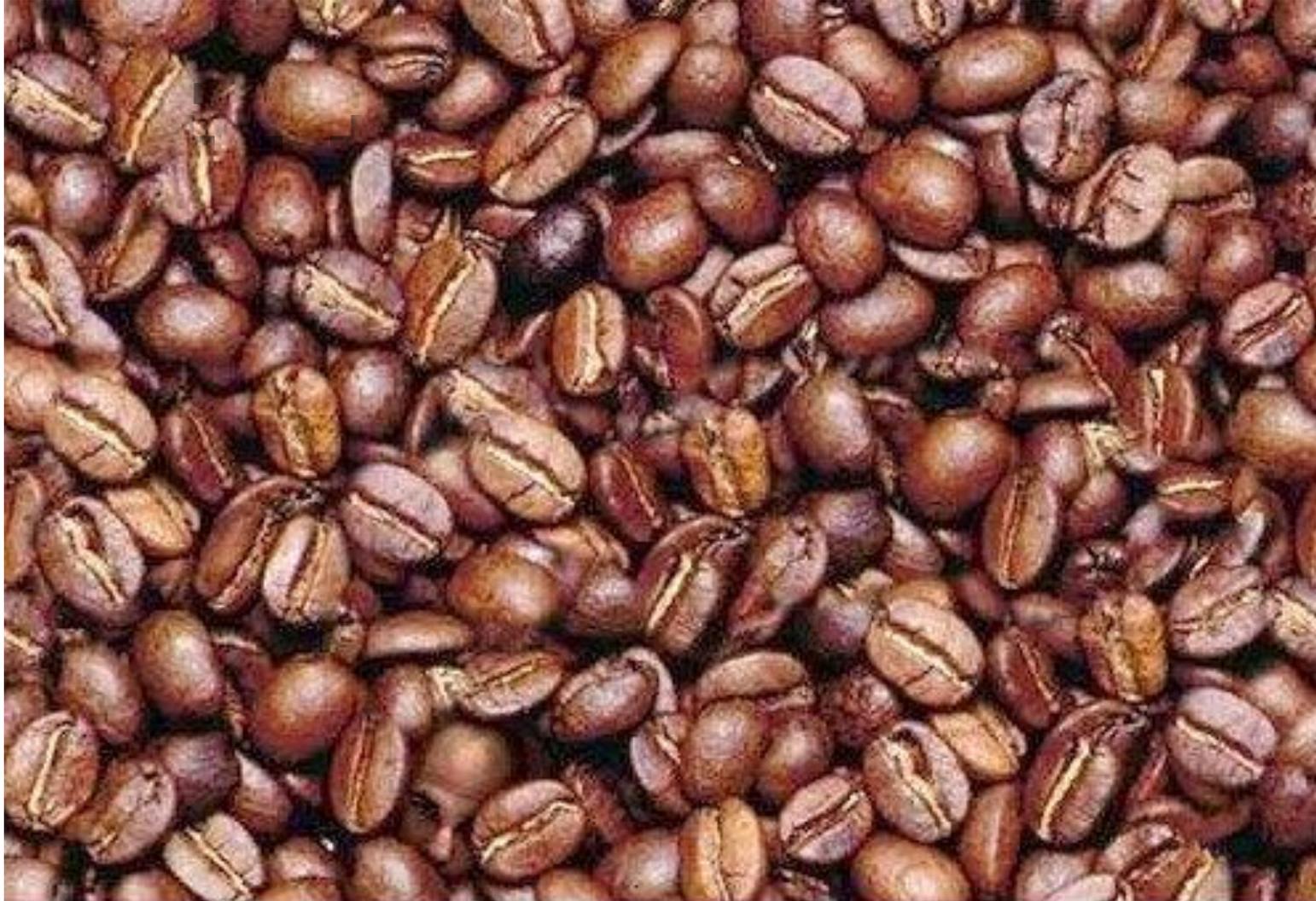
Gefahr: Stereotypisierung durch Kulturspezifität Ethnozentrismus versus Kulturrelativismus



Deshalb

Kulturspezifisches Wissen soll
keine fertigen Antworten
liefern aber es ermöglichen,
die richtigen Fragen zu stellen

Unter aller Gleichheit sollte man auch auf die nicht so offensichtlichen Dinge achten!



**immer dieses
Warten auf
"Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit"
#vortrag
#langweilig
#letztefolie**