

## Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum

Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum: Endokrinologie, Diabetes u. Stoffwechsel  
Kompetenzzentrum Seltene Stoffwechselkrankheiten



Kompetenzzentrum  
Seltene  
Stoffwechselkrankheiten

## Interkulturelles Training für medizinisches Personal, ein Leitfaden

U. Plöckinger<sup>1</sup>, V. Tatum<sup>1</sup>, S. Andjelkovic<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Berlin; <sup>2</sup> Intercultures, Berlin

### Anfragen

Prof. Dr. med. U. Plöckinger  
Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum,  
Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
Tel +49 30 450 553 552, Fax +49 30 450 553 944

## Inhaltsverzeichnis

1 Ziel des Leitfadens und Gebrauchsanweisung.....	3
2 Hintergründe: Eine Einführung in die Problematik.....	5
2.1 Probleme resultierend aus dem Migrantenstatus des Patienten .....	6
2.2 Probleme resultierend aus dem Bereich der Mitarbeiter des Gesundheitssystems ..	8
3 Planung eines interkulturellen Trainings.....	11
3.1 Definition.....	11
3.2 Erste Idee eines interkulturellen Trainings.....	12
3.3 Welche Voraussetzungen sollten für ein Interkulturelles Training beachtet werden? .....	13
3.3 Welche Voraussetzungen sollten für ein Interkulturelles Training beachtet werden? .....	14
3.4 Zielgruppe des Trainings .....	14
3.5 Ziele und Inhalte des Training .....	15
4 Vorbereitende Organisation.....	18
4.1 Verantwortlicher für die Organisation .....	18
4.2 Inhaltliche Organisation .....	19
4.3 Planung eines Interkulturellen Trainings in sechs Schritten .....	20
4.4 Vorbereitungen und Anbietervergleich durchführen .....	27
4.5 Interkulturelle Kompetenz - Beispielcurriculum.....	29
5 Umsetzung eines interkulturellen Trainings.....	33
5.1 Rahmenbedingungen organisieren.....	33
5.2 Kooperation mit Trainer/Kommunikationsmanagement.....	35
5.3 Durchführung des Trainings .....	35
5.4 Unterstützung des Trainers und der Gruppe .....	36
6 Wenn etwas schief läuft .....	36
7 Trainingsbewertung/ Evaluation .....	37
8 Nächste Schritte nach dem Training.....	41
9 Erfahrungsbericht .....	42
9.1 Beispiel einer Trainingssitzung .....	43
10 Literaturhinweise.....	47

Um die Lesbarkeit zu erleichtern wurde durchgehend auf die doppelte Notation nach Geschlecht verzichtet (z.B. Patient statt Patientin). In Fällen mit eindeutiger Zuordnung wurde die entsprechende Form des Substantivs verwendet. Darüber hinaus wurde versucht, weitgehend geschlechtsneutrale Ausdrücke zu verwenden (Pflegepersonal anstelle von Krankenschwester).

### **1 Ziel des Leitfadens und Gebrauchsanweisung**

Der vorliegende Leitfaden soll Möglichkeiten aufzeigen, alltägliche Probleme bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund wahrzunehmen, zu definieren sowie Ansätze eines interkulturell kompetenten Umgangs mit dem Thema zu erarbeiten und im Alltag umzusetzen.

Der Leitfaden zeigt beispielhaft die Vorgehensweise, die Anforderungen an die Vorbereitung, die Umsetzung und die möglichen Ergebnisse einer Fortbildung zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation auf. Ziel ist es, Lösungsmöglichkeiten für die häufig auftretenden interkulturellen Kommunikationsprobleme zu zeigen und diejenigen zu unterstützen, die aktiv an Lösungsansätzen interessiert sind. Wir haben praktische Vorschläge entwickelt um die organisatorische Arbeit zu erleichtern und Anstoß zu geben für die Verbesserung der interkulturellen Kommunikation im Umfeld von Patienten und medizinischem Personal.

Der Bedarf für interkulturelle Kompetenz im Klinikzusammenhang wird an den alltäglichen Herausforderungen für Pflegepersonal und Ärzte deutlich. Sowohl die Kommunikation als auch der Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen werfen Fragen auf, die reflektiert und angemessen beantwortet werden müssen. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema „Interkulturelle Kompetenz“ in einem Training/einer Fortbildung ist daher der erste Schritt zur interkulturellen Öffnung und damit auch zum kompetenteren Umgang mit kulturellen Unterschieden. Letztendlich wird damit Konfliktpotential im Umgang der unterschiedlichen Kulturen reduziert, sei es zwischen den Mitarbeitern, als auch im Verhältnis Mitarbeiter/Patienten, werden Reibungsverluste vermindert und der Arbeitsablauf für alle Beteiligten effizienter gestaltet. Schlussendlich soll damit auch gewährleistet werden, dass Patienten mit Migrationshintergrund die gleiche qualifizierte Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen können wie dies für die einheimischen Patienten möglich ist.

## Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum

Der Leitfaden legt Wert auf eine detaillierte Beschreibung der Planungsphase, denn diese Phase nimmt die Realisierung des Projektes und seine Wirkungen gedanklich vorweg. Die Durchführungsphase ist hier relativ knapp umrissen, da der Trainingsanbieter in der Regel nach Absprache mit dem Kunden den Inhalt des Trainings strukturiert und das Training durchführt. Der dritte Aspekt des Leitfadens ist die Trainingsbewertung.

Das Ziel des Leitfadens ist es, eine Anleitung für die Planung, Durchführung und Auswertung interkultureller Trainings zur Schaffung interkultureller Kompetenz für Klinikpersonal zu bieten. Die einzelnen Schritte zur Erreichung des Ziels werden im Folgenden vorgestellt.

Der Leitfaden versteht sich als eine Handreichung für Ärzte, die ein solches Training systematisch von der Planung bis zur Auswertung umsetzen wollen. Er ist als ein Werkzeug zu verstehen, welches es Ihnen als interessiertem Arzt ermöglicht, das Thema Interkulturalität in das Team einzuführen.

Einerseits bietet der Leitfaden praktische Tipps zum Thema, andererseits gibt er einen kleinen Überblick über die aktuellen Möglichkeiten zum erfolgreichen Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund. Somit trägt er zur interkulturellen Öffnung medizinischer Einrichtungen bei. Daneben ist der Leitfaden gespickt mit blauen „Merkszetteln“, mit denen Sie auf einen Blick den wichtigsten Aspekt des jeweiligen Kapitels erfassen können.

### Ziel des Leitfadens

1. Hinführung zur interkulturellen Öffnung
2. Setzen von Zielen zu interkultureller Kompetenz bei medizinischem Personal
3. Schritte zur Vorbereitung einer Weiterbildung
4. Beurteilung der Weiterbildung

### **2 Hintergründe: Eine Einführung in die Problematik**

Die Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen wird auf der Basis des „Self-Empowerments“ aufgebaut und der informierten, individuellen diagnostisch /therapeutischen Entscheidung (d.h. die Wahl zwischen verschiedenen diagnostischen/therapeutischen Optionen). Die Effektivität der diagnostisch /therapeutischen Anstrengung hängt von dem Ausmaß ab, in dem der Patient sich selbst als einen aktiven Part in der Entwicklung der Behandlungsstrategien wahrnimmt und einbringt.

Das Konzept setzt eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Arzt und Patient voraus. Erweist sich dies bereits im deutschen Alltag als nicht immer einfach, so kommt das medizinische Fachpersonal bei Patienten mit Migrationshintergrund häufig an Grenzen, die die Umsetzbarkeit dieser Konzepte erschweren und die effektive medizinische Betreuung verhindern.

Hierbei ist eine sorgfältige Differenzierung der Problematik erforderlich um die „Pathologisierung des Fremden“ zu vermeiden. Wird das Gesundheitsverhalten eines Patienten mit Migrationshintergrund ausschließlich als kulturell determiniert aufgefasst, so werden Kommunikationsprobleme (linguistische als auch kulturelle), sowie Übersetzungsprobleme vordergründig und die Wahrnehmung der Segregation und kulturellen Differenz werden verstärkt (Verwey 2003, Weiss 2003). Dies kann zu Sterotypisierung Anlass geben, während andere wichtige Determinanten wie die soziostrukturellen und individuell-biographischen Faktoren nicht berücksichtigt werden. Während auf der einen Seite kulturelle Kompetenz zweifelsohne gefordert ist, muss andererseits wahrgenommen werden, dass es darüber hinaus grundlegendere und individuell wesentlichere Komponenten für das Verständnis des Lebens des Patienten gibt als kulturelle Kompetenz. „... and this is the moral meaning of suffering – what is at stake for the patient; what the patient, at a deep level, stands to gain or lose“ (Kleinmann und Benson 2006) .

Die Mitarbeiter des Gesundheitswesens sind daher gefordert, die Betreuung von Patienten mit kulturellem Hintergrund aus verschiedensten ethnischen Bereichen in hoher Qualität und mit dem Ziel vergleichbarer therapeutischer Ergebnisse zur einheimischen

## Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum

Population umzusetzen. In der alltäglichen Arbeit lassen sich dabei viele Probleme erkennen, die im Folgenden beschrieben werden.

Nehmen Patienten mit Migrationshintergrund das Gesundheitssystem in Anspruch, so lassen sich die aus dem Migrationsstatus resultierenden Probleme grob einteilen in:

- A.** Probleme resultierend aus dem Migrantenstatus des Patienten
- B.** Probleme resultierend aus dem Bereich der Mitarbeiter des Gesundheitssystems im Umgang mit Patienten mit „fremdem“ kulturellen Hintergrund

### **2.1 Probleme resultierend aus dem Migrantenstatus des Patienten**

#### 2.1.1 Kommunikationsprobleme

Ein wesentliches Problem für die Patienten mit Migrationshintergrund der ersten Generation ist die häufig fehlende deutsche Sprachkenntnis. Dies führt zu Missverständnissen in der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern des Gesundheitssystems und den Patienten. Betroffen sind wesentliche Teile der medizinischen Kommunikation wie Anamneseerhebung, Aufklärung, Darstellung der Therapieoptionen, Therapie-Entscheidungen, Hinweise zur Durchführung der medikamentösen Therapie etc.

#### 2.1.2 Kultureller Hintergrund von Migranten/innen

Ein Großteil der in Deutschland lebenden Migranten stammt aus einem kulturellen Umfeld mit einem Krankheitsverständnis, das weitgehend religiös/mystisch geprägt ist. Naturwissenschaftliche Konzepte sind den Patienten nicht selten unbekannt oder sind für sie nicht nachvollziehbar bzw. greifen nicht weit genug. Einschränkend muss hierbei darauf hingewiesen werden, dass die fehlende Kenntnis weniger dem Migrationsstatus als dem Bildungsstand und der sozialen Schicht der Patienten zuzuordnen ist und sich, mit Ausnahme der religiösen Erklärungsansätze, auch in deutschen bildungsfernen Schichten wiederfindet.

#### 2.1.3 Krankheitswahrnehmung

Krankheit wird als Schicksal, zum Teil religiös getönt, erlebt. Der Patient ist der Erkrankung ausgeliefert. Hilfe kann ausschließlich von außen erfolgen, sei es in

## Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum

Erwartung schicksalhaft/religiöser Lösungen oder durch den vom Anspruch her gesehenen „allmächtigen Vertreter“ des Medizinsystems.

### 2.1.4 Essgewohnheiten

Kulturell geprägt sind auch die Essgewohnheiten. Dies spielt bei den verbreiteten Krankheiten wie Diabetes und Hochdruck eine erhebliche Rolle. Die Esskultur stellt häufig eine der wenigen verbleibenden Verbindungen zum Heimatland her. Die gewohnte Esskultur ist damit identitätsstiftend und erlaubt den Rückzug auf Bekanntes, Vertrautes, sprich „Heimat“. Eingriffe in die Esskultur werden daher als bedrohlich erlebt.

### 2.1.5 Religion

Die Bindung der Migranten an Religionsvorschriften ist häufig weitaus deutlicher ausgeprägt als in der säkularisierten Bundesrepublik. Ein Großteil der in der Bundesrepublik lebenden Patienten mit Migrationshintergrund sind Muslime. Die wesentliche Ausrichtung der islamischen Religion auf Steuerung der gesellschaftlichen Prozesse durch die religiösen Vorschriften führen bei Nicht-Einhaltung der Vorschrift rasch zum Ausschluss aus der Gemeinschaft der Gläubigen. Wobei hier kein tatsächlicher Ausschluss erfolgen muss, sondern bereits der befürchtete Ausschluss als Bedrohung ausreicht, um das Handeln der Patienten entscheidend zu beeinflussen. Die Nicht-Einhaltung der Vorschrift, mit der subjektiv befürchteten Folge des gesellschaftlichen Ausschlusses hat in „der Fremde“ darüber hinaus natürlich noch eine stärker bedrohliche Komponente als im Herkunftsland.

### 2.1.6 Sozialisation

Die Sozialisation der Patienten mit Migrationshintergrund unterscheidet sich in vielen Bereichen von der vergleichbarer deutscher Populationen. Der überwiegende Anteil der älteren Migranten kommt aus ländlichen, bildungsfernen Schichten, die arbeitsuchend in den 60er und 70er Jahren nach Deutschland einwanderten und sich als „Gastarbeiter“, die zurückkehren würden verstanden. In der Folge der fehlenden positiven Integrationspolitik ist eine große Anzahl der älteren Migranten mental und kulturell dem Heimatland verbunden. Die Folgegenerationen versuchen den Spagat zwischen ursprünglicher Herkunft und der deutschen Sozialisation, was in der Regel zu der Entstehung einer „Drittkultur“ führt, die medizinisches Personal auch vor Herausforderungen stellen kann, da sie nicht klar zuzuordnen ist.

### 2.1.7 Rollenverständnis

Das Rollenverständnis Mann - Frau ist zum großen Teil und auch in der jungen Generation sehr traditionell geprägt. Im Arzt/Patient-Verhältnis kann dies zu nicht unerheblichen Schwierigkeiten in der Interaktion führen.

### 2.1.8 Bildung

Ein Großteil der Migranten entstammt bildungsfernen Schichten. Der Anteil an Analphabeten ist immer noch hoch. Ein eigenständiger Informationsgewinn ist somit häufig nicht möglich. Selbst die Teilnahme eines Deutsch sprechenden Angehörigen am Arzt/Patient-Gespräch löst das Problem nicht, sondern verstärkt noch das Gefühl des Autonomieverlustes.

## 2.2 Probleme resultierend aus dem Bereich der Mitarbeiter des Gesundheitssystems

Im Folgenden soll ausführlicher auf die Probleme der Mitarbeiter des Gesundheitssystems in der Interaktion mit Patienten mit Migrationshintergrund eingegangen werden. Die angeführten Beispiele sollen Interessierten ermöglichen, im eigenen Arbeitsumfeld die Wahrnehmung für diese Problematik zu schärfen und über Lösungsansätze nachzudenken bzw. bestimmte Probleme als „Aufhänger“ für geplante Lösungsstrategien zu nutzen.

### 2.2.1 Kommunikation

Aufgrund der Sprachschwierigkeiten ist die Kommunikation mit den Patienten zeitaufwändig und schwierig. Bei der geringen Zeit, die Pflegepersonal und Ärzten zur Verfügung steht, sind solche Kommunikationshindernisse von erheblicher Bedeutung.

Das SGB V schreibt den Einsatz von



Dolmetschern vor bei Patienten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, was nicht unerhebliche Kosten verursacht. Unabhängig davon bleibt auch bei kompetenten Übersetzern die Interpretation der non-verbalen Kommunikation, die stark kulturell geprägt ist, ein kaum zu überwindendes Problem. Unkenntnis und Unverständnis der non-verbalen Kommunikationsformen führen zu erheblichen Schwierigkeiten, da sie in der



## Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum

Regel nicht wahrgenommen, somit nicht thematisiert werden. Die resultierenden Missverständnisse beeinflussen die Kommunikation zusätzlich negativ.

### 2.2.2 Religion

Die mangelnde Vertrautheit der Mitarbeiter des Gesundheitssystems mit den religiösen Gepflogenheiten der Patienten führt vielfach zu Fehleinschätzungen und Missverständnissen. Eine ausreichende Kenntnis der religiösen Erfordernisse ist eine wesentliche Hilfe für die gemeinsame Erarbeitung therapeutisch effektiver Lösungen. Da das Problem jedoch in den meisten Fällen auch von Seiten des Migranten nicht angesprochen wird, die Vorstellung religiöser Bedingtheit von Verhalten, das einer effektiven Therapie zuwider spricht, in der säkularisierten Bundesrepublik nicht einmal in Betracht gezogen wird, werden die erheblichen Ängste/Bedrohungen, die im Konflikt Krankheitsbehandlung und religiöser Forderung entstehen, nicht erkannt.

Damit wird auch nicht über Lösungsansätze nachgedacht. Eine vertiefte Kenntnis der entsprechenden religiösen Vorschriften auf Seiten der Mitarbeiter des Gesundheitssystems, und gegebenenfalls die Kooperation mit Vertretern der religiösen Gemeinden wäre hilfreich.

### 2.2.3 Fehlendes Wissen um den kulturellen Hintergrund

Durch sämtliche Bereiche der Mitarbeiter des Gesundheitssystems lassen sich klar erkennbar Vorurteile gegenüber Patienten mit Migrationshintergrund nachweisen, die die Interaktion zwischen den Beteiligten negativ beeinflussen. Die fehlende Kenntnis über die Kultur der „Anderen“, die fehlende Bereitschaft, sich auf das „Fremde“ einzulassen und eigene Unsicherheiten, die durch „Hierarchisierungen der Kulturen“ überdeckt werden, sind nur einige der Ursachen der auftretenden Probleme. Es fehlen dringend notwendige interkulturelle Schulungen für Mitarbeiter des Gesundheitssystems. Neben der Aufklärung und Wissensvermittlung muss dabei auch die Sensibilisierung für die eigene Wahrnehmung und deren psychische Hintergründe dem „Fremden“ gegenüber erlernt werden.

### 2.2.4 Sozialisation

Die unterschiedliche Sozialisation, die sich in der Erwartungshaltung der Patienten im Vergleich zum Pflegepersonal erkennen lässt, führt zu weiteren Schwierigkeiten. So

## Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum

differieren die Vorstellung sowohl zu Termineinhaltungen, zur Rolle der Geschlechter, zur Hierarchie etc.

### 2.2.5 Pathologisierung des Fremden

Während die Wahrnehmung des „Fremden“ und der eigenen Reaktion darauf angestrebt wird, darf andererseits das Risiko der Überbetonung des „kulturellen Hintergrunds“ im Gesundheitsverhalten von Patienten mit Migrationshintergrund nicht übersehen werden. Gesundheitsverhalten einer spezifischen „Kultur“ zuzuschreiben beinhaltet die Gefahr; dass Menschen mit Migrationshintergrund automatisch pathologisiert werden. Stereotypisierung ist die Folge, welche wiederum Kommunikationsprobleme verstärkt. Während also einerseits kulturelle Kompetenz gefordert wird, muss das medizinische Gesundheitspersonal sich darüber im Klaren sein, dass das Verstehen eines Patienten etwas Grundsätzlicheres einfordert als ausschließlich kulturelle Kompetenz – nämlich die Wahrnehmung und das Verstehen des Patienten als Leidenden, der Krankheit erfährt.

### Zusammenfassung

Die aufgeführten Fakten führen in der Regel dazu, dass die Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund deutlich zeitaufwändiger ist als die Behandlung vergleichbar kranker deutscher Patienten. Dieser „Zeitbedarf“ steht in einem Umfeld, das nicht speziell auf die Betreuung von Migranten ausgerichtet ist, nicht zur Verfügung. In der Folge ist die Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund qualitativ schlechter als die der einheimischen Population.

Verlauf der Erkrankung und mögliche Komplikationen werden weniger positiv beeinflusst mit all den Folgen für das Individuum und den resultierenden gesundheitsökonomischen Kosten.

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden und Lösungsansätze für aufkommende Schwierigkeiten zu erkennen ist es sinnvoll, sich interkulturell weiterzubilden und die Möglichkeit zu haben, eigene Standpunkte zu reflektieren und Neues kennenzulernen.