

# Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens

## Positionspapier der Arbeitsgruppe Interkulturalität in der medizinischen Praxis in der Akademie für Ethik in der Medizin

**Tim Peters · Tatjana Grützmann · Walter Bruchhausen ·  
Michael Coors · Fabian Jacobs · Lukas Kaelin ·  
Michael Knipper · Frank Kressing · Gerald Neitzke**

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

---

Tim Peters und Tatjana Grützmann haben gleichberechtigte Erstautorenschaft. Arbeitsgruppen in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM) sind offene Foren für den Austausch unterschiedlicher Standpunkte und Positionen. Der Inhalt der von ihnen veröffentlichten Beiträge wird allein von den genannten Autorinnen und Autoren verantwortet. Er repräsentiert nicht notwendigerweise die Meinung der AEM oder ihrer Organe. Das Positionspapier wurde von den Autoren nach Beratungen der gesamten AG verfasst. Die Grundsätze wurden von folgenden AG-Mitgliedern ebenfalls unterstützt: Asli Toplan-Cevahir (Düsseldorf), Kirsten Comes (Köln), Susanne Druener (Aachen), Sabine Eulerich-Gyamerah (Tübingen), Friederike Haar (Ulm), Ilhan Ilkic (Istanbul), Christiane Imhof (Ulm), Mareike Kehl (Aachen), Tanja Krones (Zürich), Claudia Mews (Hamburg), Barbara Reible (Köln), Carolin Rüber (Bonn), Iris Steinbach (Hannover), Hürrem Tezcan-Güntekin (Bielefeld), Andreas Walker (Bochum) und Verina Wild (Zürich).

---

T. Peters, M.A. (✉)  
Zentrum für Medizinische Lehre, Medizinische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum,  
Universitätsstraße 150, 44801 Bochum, Deutschland  
E-Mail: tim.peters@rub.de

T. Grützmann, M.A.  
Modellstudiengang Medizin, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen, Deutschland

PD Dr. W. Bruchhausen  
Medizinhistorisches Institut, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Deutschland

Dr. M. Coors  
Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum, Hannover, Deutschland

F. Jacobs, M.A.  
Chirurgische Klinik und Poliklinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

Dr. L. Kaelin  
Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Wien, Österreich

PD Dr. M. Knipper  
Institut für Geschichte der Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland

Dr. F. Kressing  
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

Dr. G. Neitzke  
Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover,  
Hannover, Deutschland

## Einleitung

Die im Folgenden vorgestellten Grundsätze wurden von den Mitgliedern der AG „Interkulturalität in der medizinischen Praxis“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM) formuliert. Sie basieren auf der Beobachtung, dass kulturelle Vielfalt zwar seit jeher zur Gesellschaft gehört, aber dennoch häufig mit einer Ungleichversorgung im Gesundheitswesen einhergeht. Es liegt in der Absicht der Arbeitsgruppe, einen respektvollen Umgang mit Menschen und ihren kulturellen Werten im Gesundheitssystem zu fördern, wie es sowohl im Menschenrecht auf medizinische Versorgung festgehalten als auch im Ethos der Gesundheitsberufe verankert ist. In diesem Sinne wurden die folgenden 13 Grundsätze samt Erläuterungen für die Implementierung einer kultursensiblen Gesundheitsversorgung verfasst. Das Positionspapier richtet sich an alle im Gesundheitswesen Tätigen und für das Gesundheitswesen verantwortlichen Personen.

### 1. Es bedarf eines reflektierten Umgangs mit dem Kulturbegriff

Eine zentrale Voraussetzung jeder sinnvollen Beschäftigung mit dem Thema Interkulturalität im Gesundheitswesen besteht in einer Vergewisserung über grundlegende Begriffe wie Kultur und Interkulturalität. Diese Begriffe sind keineswegs selbsterklärend, sondern mit vielfältigen Bedeutungen, Vorannahmen und oft nicht reflektierten Werturteilen verbunden. Ein unangemessener Gebrauch – insbesondere des Begriffs Kultur – fördert Missverständnisse und Stereotypisierungen.

In wissenschaftlichen Kontexten (z. B. in der Medizin und Medizinethik) muss eine kritisch-reflektierte Verwendung dieser Schlüsselbegriffe selbstverständlich sein, und zwar entsprechend den theoretischen und methodischen Standards sowie dem aktuellen Forschungsstand in den einschlägigen Kultur- und Sozialwissenschaften (v. a. Kultur- und Sozialanthropologie, Medical Anthropology, Geschichtswissenschaften, Migrationssoziologie) [2, 9, 11, 12, 21, 22].

Die Begriffe Interkulturalität und Interkulturelle Kompetenz sind aufgrund ihrer Nähe zu einem essentialistischen Verständnis von Kultur (siehe These 2) und der ihnen innewohnenden Tendenz zur Förderung kulturalistischer Deutungen von sozialen Interaktionen erklärungsbedürftig, denn sie suggerieren eine Begegnung *zwischen* Kulturen und damit eine zu starke Fokussierung auf die (vermeintliche) Kultur der interagierenden Akteure. Der Ausdruck Interkulturelle Kompetenz kann fälschlich suggerieren, es handle sich hier um spezifisches, lernbares Faktenwissen wie z. B. „typische“ Denkmuster, Werthaltungen und Verhaltensweisen der Mitglieder ethnischer oder nationaler Gruppen und den „richtigen Umgang“ mit diesen [9]. Beide Begriffe sind also mit Recht umstritten. Die bloße Vermeidung eines Begriffes ist allerdings auch keine Lösung, weil damit nicht notwendigerweise eine Distanzierung von den damit verbundenen Vorstellungen erfolgt.

Es gibt allerdings auch gewichtige Argumente, die die Verwendung der oben genannten Begriffe legitimieren. Die Stärke des Begriffs Interkulturalität liegt vor allem in dem Potenzial, eine differenzierte und symmetrische Betrachtungsweise von eher asymmetrischen sozialen Situationen zu fördern, in denen Kultur als relevant wahrgenommen wird: Aus dem Präfix „Inter-“ folgt das Prinzip der Symmetrie als explizite Aufmerksamkeit für die kulturellen Hintergründe „beider Seiten“, also auf erlernte oder habitualisierte Denk- und Hand-

lungsmuster sowie auf implizite Wertorientierungen z. B. zu medizinethisch bedeutsamen Fragen. Interkulturalität beinhaltet also stets eine ernsthafte Reflexion auch des Eigenen und der vorliegenden Umstände. Hinzu kommen eine dezidierte Aufmerksamkeit für die Bedeutung des konkreten Kontextes und die transkulturell – also jenseits kulturwissenschaftlicher Domänen – relevanten Aspekte: Soziale, ökonomische und institutionelle Faktoren sind ebenfalls in den Blick zu nehmen sowie die Kommunikation und die vielschichtigen Asymmetrien zwischen Patienten<sup>1</sup> und Angehörigen der Gesundheitsberufe.

## 2. Der Kulturbegriff geht über religiöse, ethnische und nationale Identitäten hinaus

Der verbreitete essentialistische Kulturbegriff basiert auf einem problematischen Verständnis von Kultur als einer objektiv bestimmbarer Gesamtheit von Denk- und Verhaltensmustern, Wertepreferenzen, moralischen Orientierungen und sozialen Normen, die einen Menschen als Mitglied einer kulturellen Gruppe dauerhaft „prägen“. Identität, geographischer Raum, Kultur und Sprache werden aus dieser Sichtweise heraus als weitgehend deckungsgleiche Variablen verstanden. Der essentialistische Kulturbegriff ist in der Regel verbunden mit der Vorstellung von innerer Homogenität und klarer Abgrenzbarkeit solcher Gruppen nach außen (gegenüber anderen „Kulturen“). Kultur wird dabei als statische, unveränderliche Größe missverstanden, der – unabhängig von z. B. sozialen oder biographischen Differenzierungen – das Denken, Handeln und Fühlen der Mitglieder einer ethnischen Gruppe kausal zugeordnet werden könne. Kulturelle Grenzen und ethnische Identität werden als stabile und vom historischen sowie sozialen Kontext unabhängig gegebene Größen angenommen.

Für ein differenziertes Verständnis der sozialen und kulturellen Realität menschlicher Gesellschaften in Vergangenheit und Gegenwart hat sich das essentialistische Kulturverständnis als ungeeignet erwiesen. Es entspricht jedoch offenbar dem verbreiteten Bedürfnis nach einfachen, von Kontext, Perspektive und (eigenen) Vorannahmen unabhängigen Aussagen über Kulturen, mit dem sich zumindest teilweise die ungebrochene Popularität dieser Sichtweise erklären lässt. Aussagen, die explizit oder implizit eine kontextunabhängige Gleichsetzung von Kultur mit Gruppenzugehörigkeit, Herkunft, Nationalität, Sprache oder Ethnizität vornehmen, sind jedoch obsolet.

Begriffe wie Kulturkreis oder Subkultur sowie die Pluralform „Kulturen“ sind aufgrund ihrer konzeptuellen Verbundenheit mit dem essentialistischen Kulturbegriff ebenfalls höchst problematisch und verlangen, so sie denn benutzt werden sollten, nach Explikation. Insbesondere im Kontext komplexer Prozesse wie Migration und Globalisierung, wo transnationale Lebenswelten und Patchwork-Identitäten mit multiplen kulturellen Orientierungen zunehmend zum Alltag gehören, sind diese Begriffe (und das damit verbundene Kulturverständnis) unbrauchbar. Gerade in Immigrationsgesellschaften sind ethnische Grenzziehungen und Identifikationsprozesse besonders komplex und dynamisch, und daher stets erklärungsbedürftig [17, 22].

---

<sup>1</sup> Zur leichteren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag das generische Maskulinum verwendet, es sind jedoch immer – wenn nicht gesondert markiert – beide Geschlechter gemeint.

### **3. Kultur als ein analytischer Begriff benennt Selbst- und Fremdzuschreibungen und hilft, Identität und wahrgenommene Differenzen zu verstehen und zu verarbeiten**

Eine sinnvolle, Erkenntnis fördernde Funktion entfaltet Kultur allein als analytischer Begriff, der mithilfe einer ethnographischen Perspektive die Aufmerksamkeit auf die Genese und vielschichtigen Bedeutungen kultureller Selbst- und Fremdidentifikationen in konkreten sozialen Situationen lenkt [9, 12]. Denn es ist eine stets – in jedem Einzelfall – neu zu beantwortende Frage, wie und warum kulturelle Fremdheit, Identität und Distanz Bedeutung gewinnen und welche Faktoren individueller sowie struktureller, sozialer und ökonomischer Art jeweils relevant sind. Im Bereich medizinethischer Konfliktfälle sind dies z. B. Kommunikationsdefizite und/oder soziale Spannungen, Konflikte und Ambivalenzen jenseits von Kultur – insbesondere bei Beteiligung von als „fremd“ identifizierten Akteuren [11].

### **4. Die ethische Bewertung in Gesundheitsfragen ist eng verwoben mit der jeweils eigenen kulturellen Identität**

Die inhaltliche Komplexität und Dynamik sowie die Anerkennung individueller Lebenswelten bzw. Biographien und Perspektiven kennzeichnen ein konstruktivistisches Kulturverständnis, welches inzwischen von der breiten Mehrheit der Anthropologen und Kulturwissenschaftler vertreten wird. Hier wird die kulturelle Selbst- und Fremdwahrnehmung als eine konstruierte Größe verstanden und Kultur selber als eine offene Aushandlung von Bedeutungen angesehen, die ständigen Veränderungen unterliegt.

Dieser Ansatz erlaubt im Gegensatz zum Essentialismus, den Blick stärker auf das Verbindende statt auf das Fremde und Trennende zu legen und berücksichtigt darüber hinaus Phänomene wie die Heterogenität kulturell definierter Gruppen. Dies erlaubt einen weniger voreingenommenen Zugang zum Patienten, der nicht als „typischer Vertreter“ einer Kultur wahrgenommen wird, sondern als Individuum mit eigenen Wertvorstellungen und einer differenzierten (Migrations-)Biographie. So berücksichtigt die konstruktivistische Perspektive beispielsweise die geäußerte und beobachtbare Werthaltung sowie die Glaubensvorstellungen des Patienten in Bezug auf Familie, Gesundheit, Krankheit und Tod. Ebenso zeigt sich die kulturelle Identität in Werthaltungen bzw. konkreten ethischen Bewertungen von Situationen und Entscheidungen bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen. Daher ist es von besonderer Bedeutung im Umgang mit medizinethischen Fragestellungen zu reflektieren, was der eigenen Werthaltung zugrunde liegt.

### **5. Respekt vor der Selbstbestimmung beinhaltet die Achtung kultureller Differenzen**

Das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten bezieht sich auf die unterschiedlichen individuellen Werturteile von Menschen in einer pluralistischen und multikulturellen Gesellschaft, die es jeweils in die medizinische Entscheidungsfindung zu integrieren gilt. Zwar hat in der konkreten Behandlungssituation der Arzt die medizinische und die Pflege eine pflegerische Indikation zu stellen, woraus Behandlungsangebote an den Patienten resultieren; über die Annahme oder Ablehnung dieser Angebote entscheidet

jedoch gemäß des medizinethischen und juristischen Rechts auf Selbstbestimmung allein der Patient. In seiner Entscheidungsfindung soll er aber vom Behandlungsteam unterstützt werden.

Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten verlangt auch, kulturelle Differenz zu akzeptieren, die sich in unterschiedlichen ethischen Beurteilungen einer medizinischen Situation ausdrücken kann. Zugleich zeigt sich hierdurch der Respekt vor der kulturellen Identität jedes Patienten.

## **6. Kultursensible Gesundheitsversorgung erkennt die unterschiedlichen Perspektiven, Identitäten und Hintergründe aller Beteiligten und deren Einfluss auf Entscheidungen an**

Da ethischen Bewertungskonflikten oft auch Missverständnisse über die Entstehung von ethischen Werturteilen zugrunde liegen, bedarf es einer Ethik, die nicht nur selbstbestimmte ethische Bewertungen des Patienten feststellt, sondern die darüber hinaus die Entstehung ethischer Bewertungen verstehend nachzuvollziehen bemüht ist, ohne damit schon in diese Wertung einzustimmen. Darum ist nicht in erster Linie Faktenwissen verlangt, sondern eine auf den konstruktivistischen Annahmen basierende Interkulturelle Kompetenz. Diese verweist auf die Haltung und Fähigkeit von Personen, sich auf einen kommunikativen Prozess des Verstehens der fremden kulturellen Identität und der mit ihr verbundenen ethischen Bewertungen einzulassen. Ein weiterer zentraler Bestandteil ist die oben erwähnte und möglichst weitgehende kritische Auseinandersetzung mit der *eigenen* kulturellen Identität und ihrem Einfluss auf die *eigenen* ethischen Bewertungen. Weiterhin müssen neben (sozio-)kulturellen Faktoren die institutionellen Hintergründe aller beteiligten Akteure – professionell Handelnde, Patienten und Angehörige – sowie die Handlungs- und Kommunikationsdynamik berücksichtigt werden.

## **7. Eine gerechte Gesundheitsversorgung verlangt gleichen Zugang zum Gesundheitswesen**

Im Hinblick auf den Umgang mit Interkulturalität in der medizinischen Praxis sind aus ethischer Perspektive die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit und das Verbot von Diskriminierung zentral. Letzteres ist sowohl Kernbestandteil der grundlegenden berufsethischen Dokumente der Ärzteschaft und der Pflege als auch der universellen Menschenrechte [8, 18–20]. Im Sinne eines ungehinderten Zugangs zum Gesundheitssystem und der geforderten gesundheitlichen Chancengleichheit gilt es, eine medizinische Versorgung sicherzustellen, welche die Bedürfnisse von Migranten ernst nimmt. In diesem Kontext ist insbesondere die Möglichkeit eines kultursensiblen Dolmetschens von großer Bedeutung, ohne die der gleichberechtigte Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht gewährleistet werden kann. Das Verbot der Diskriminierung und das Gebot der gesundheitlichen Chancengleichheit verweisen darauf, dass es sich hier nicht um ein „Luxusthema“ handelt, welches man durch ökonomische Argumente leicht beiseiteschieben könnte, sondern dass ein angemessener Umgang mit kultureller Diversität eine Notwendigkeit ist und somit eine Anpassung der Gesundheitsversorgung an die sich verändernde gesellschaftliche Situation erfordert. Dies

wird sowohl vom medizinethischen Prinzip der Selbstbestimmung als auch der Gerechtigkeit gefordert. Auch die Prinzipien Wohltun und Nichtschaden stützen diese Forderung, da durch Missverstehen die Gefahr besteht, dass es zu einer medizinischen Fehl-, Unter- oder Überversorgung kommt und somit kein Wohl befördert wird, sondern Schaden für den Patienten entsteht.

## **8. Interkulturelle Verständigung ist ein kommunikativer Prozess, der Verständnis und Respekt für das Wertesystem des Gegenübers anstrebt**

Konflikte, die als interkulturell wahrgenommen werden, sind nicht immer leichthin mit dem Rekurs auf medizin- oder pflegeethische Grundsätze zu lösen, da häufig fehlendes Verständnis die Ursache ist. Dieses ergibt sich entweder aus einem „Nicht-verstehen-Können“ – solch ein hermeneutisches Problem kann durch kulturelle Mittler behoben werden – oder aber das fehlende Verständnis ergibt sich daraus, dass die Beteiligten „kein Verständnis aufbringen“. Eine solche fehlende Bereitschaft, das Anliegen des Anderen zu akzeptieren, kann man als *echten* Wertekonflikt bezeichnen, wenn dieser auf Unvereinbarkeiten zwischen unterschiedlichen moralischen Überzeugungen beruht. Häufiger deutet sich in diesen Situationen jedoch ein Mangel an ethischer Reflexion auf Seiten des Gesundheitspersonals an, der verschiedene personelle wie strukturelle Ursachen haben kann und an dieser Stelle durchaus mit dem professionellen Wert der Patientenorientierung in Konflikt steht. Einige solcher Konflikte bedürfen sowohl kultureller Sensibilität in der Wahrnehmung als auch kommunikativer Kompetenzen in der Aushandlung von Entscheidungen bzw. Kompromissen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein zeitlich ausgedehnter Beistand von Großfamilien im Mehrbettzimmer mit dem Ruhebedürfnis des Patienten und seiner Zimmernachbarn sowie den geplanten Stationsabläufen in Konflikt gerät oder wenn individuelle Patientenrechte (unter anderem bei Minderjährigen) in Kontrast zu kollektiven Entscheidungsprozessen (family consent) stehen.

In diesem Zusammenhang ist eine Reflexion der eigenen kulturellen Voraussetzungen (einschließlich beruflicher Identität und Ethos) und Vorannahmen (z. B. über bestimmte Bevölkerungsgruppen, Religionen und „Kulturen“) dringend erforderlich – dies nicht nur, um Missverständnisse zu vermeiden bzw. zu entdecken, sondern auch um sich der unaufhebbaren Positionen, die zum Kern individueller und beruflicher moralischer Identität gehören, zu vergewissern. Beides – die ethnozentrischen und die auf universelle Geltung ausgerichteten Normierungen – voneinander unterscheiden zu lernen, gehört zu den zentralen Aufgaben Interkultureller Kompetenz (nicht nur) in den Gesundheitsberufen.

## **9. Einer gelingenden Kommunikation kommt in der interkulturellen Verständigung eine herausragende Rolle zu**

Durch den Kontakt zu Patienten mit Migrationsgeschichte ergeben sich innerhalb der medizinischen und pflegerischen Kommunikation – abgesehen vom möglichen Einbezug eines Dolmetschers – entgegen der landläufigen Meinung keine *prinzipiell* neuen Aufgabenfelder für die Gesundheitsberufe. Es geht auch hier z. B. um die Herbeiführung des informed consent oder den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Gleichzeitig treten ohnehin

bestehende strukturelle wie personelle Kommunikationsschwierigkeiten in diesen Situationen deutlicher zu Tage, was zu einer erhöhten Problemwahrnehmung führen kann.

Untersuchungen zeigen, dass bereits bei Patienten mit eingeschränkten Kenntnissen der verwendeten Sprache teils folgenschwere Missverständnisse auf allen Ebenen der Kommunikation mit dem medizinischen Personal (Aussprache, Intonation, Wortschatz, Redewiedergabe) festgestellt werden können [16]. Auch sind die Erwartungen an Rollenbilder, kommunikative Abläufe und institutionelle Asymmetrien mitunter sehr unterschiedlich. So kommt es zum Beispiel vor, dass Patienten aus einem autoritär-paternalistischen Arztverständnis heraus Behandlungseinwilligungen teils ohne ein inhaltliches Verständnis unterschreiben [1]. In solchen Fällen ist die Patientenautonomie nicht ausreichend berücksichtigt. Daraus ergeben sich vermehrt Behandlungsprobleme bei Patienten mit Migrationsgeschichte [12].

Mangelnden Sprachkenntnissen wird in der Praxis immer noch oft mit dem Einsatz von ad-hoc-Übersetzern begegnet, insbesondere Familienmitgliedern oder Krankenhausmitarbeitern [13, 14]. Dabei werden auch enge Angehörige oder sogar minderjährige Kinder der Patienten als Dolmetscher eingesetzt, obwohl dies aus ethischen, psychologischen, berufs- und datenschutzrechtlichen Erwägungen nicht angemessen ist [23]. Daher sollten professionelle Dolmetscher hier keine Besonderheit (z. B. für ausländische Privatpatienten), sondern etablierter Standard sein.

Ein Verstehen und Akzeptieren der gegenseitigen Wertehintergründe – und damit der Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen dem medizinischen Personal und dem Patienten – kann allerdings nicht allein durch die Hinzuziehung eines Dolmetschers bzw. Sprach- und Kulturmittlers gewährleistet werden. Denn durch die in der interkulturellen Interaktion graduell stärker ausgeprägten Differenzen im Begriffs- und Werteverständnis kann die sprachlich übermittelte Haltung des Patienten möglicherweise dennoch nicht verstanden und berücksichtigt werden. Eine sinnvolle Einordnung kann von professioneller Seite nur dann möglich sein, wenn neben den vorgetragenen Argumenten des Patienten auch para- und nonverbale Anteile wie Gestik, Mimik oder Blickkontakt berücksichtigt und damit intentionale Aspekte wie beispielsweise unterschwellige Wunsch- und Angstäußerungen wahrgenommen werden [7].

## **10. Patientennahe sowie patientenferne Berufsgruppen haben Verantwortung für eine kultursensible und gerechte Gesundheitsversorgung**

Um unter den oben genannten Aspekten der Selbstbestimmung und Gerechtigkeit eine Patientenversorgung zu gewährleisten, die auch den kulturellen Hintergrund berücksichtigt, müssen zusätzlich zu individuellen Aspekten geeignete Voraussetzungen auf struktureller Ebene geschaffen werden. Aktuell sind die Strukturen unseres Gesundheitssystems darauf nicht ausreichend vorbereitet, so dass den Mitarbeitern in Gesundheitsberufen eine ethisch angemessene Versorgung von Patienten mit Migrationsgeschichte oftmals erschwert bzw. sogar unmöglich gemacht wird.

Wenn es um die Frage nach der Behandlung dieser Patientengruppe geht, wird oft das Argument vorgebracht, dass ein Eingehen auf die kulturelle Diversität und die Bereitstellung von speziellen Diensten zu zeitaufwendig und zu kostenintensiv sei. Neben der Tatsache, dass dies die beschriebenen ethischen Verpflichtungen nicht negiert, gibt es auch eine Reihe

ökonomischer und organisatorischer Gegenargumente. Eine kultursensible Betreuung stellt nicht notwendigerweise einen Mehraufwand dar, sondern erfordert mitunter lediglich den Zeiträumen, den eine Behandlung im Sinne eines allgemein personenbezogenen Ansatzes bedarf [12]. Wenn es jedoch insgesamt an Zeit mangelt, tritt dieses Defizit in der Versorgung von Patienten mit Migrationsgeschichte meist deutlicher zutage als in anderen Patientengruppen. Weiterhin gibt es erste Hinweise darauf, dass Migration per se keine Mehrkosten in der medizinischen Behandlung mit sich bringt und dass die Hinwendung zum Menschen und die Berücksichtigung des kulturellen Kontextes eine Kosten- und Zeitersparnis mit sich bringen kann [24]. Wenn dem Patienten die Möglichkeit gegeben wird, seine Symptome und Behandlungswünsche ausreichend zu äußern, können unnötige Untersuchungen verhindert werden, die oft durchgeführt werden, weil keine klare Kommunikation herbeigeführt werden konnte (vor allem in Hinblick auf Symptom- und Beschwerdeschilderung). Gleichzeitig kann man auf die Behandlungswünsche des Patienten stärker eingehen, die mitunter kulturell bzw. weltanschaulich begründet sind.

### **11. Ein Umdenken hin zu einer kultursensiblen Versorgung muss sich auch strukturell und auf allen Ebenen des Gesundheitswesens manifestieren**

Es sprechen sowohl strukturimmanente als auch ökonomische und ethische Argumente dafür, dass das Thema „kultursensible Patientenversorgung“ nicht nur im Rahmen singulärer Maßnahmen aufgegriffen wird, sondern dass auf allen Ebenen Strukturen ineinander greifen, so dass sensibilisierte und geschulte Mitarbeiter ihre Kompetenzen anwenden und Ideen umsetzen können. Einzelinitiativen wie die Durchführung einer Informationsveranstaltung oder Kontaktaufnahme zu Migrantennetzwerken werden zumeist nicht von der zuständigen Organisation (wie z. B. einem Krankenhausverbund) aufgegriffen und drohen dann, ins Leere zu laufen. Daher muss sich ein Umdenken hin zu einer kultursensiblen Versorgung auch auf struktureller Ebene manifestieren und beispielsweise durch Verankerung im Leitbild Einzug in die Klinikleitung und das Management halten. Ohne geeignete Strukturen und Raum zur Umsetzung von Maßnahmen können selbst interkulturell kompetente Mitarbeiter nicht effektiv agieren. Hierbei ist es weder damit getan, dass Einzelkliniken Dolmetscherdienste anbieten, noch dass das Thema Migrantenvorsorgung mit der bloßen Einrichtung eines Gebets- oder Abschiedsraumes ad acta gelegt wird, sondern es müssen einheitliche, allgemeingültige Strukturen auf allen organisatorischen Ebenen geschaffen werden, in denen kultursensible Patientenversorgung Standard ist [5]. Auf Dolmetscherdienste bezogen bedeutet dies im Konkreten, dass professionelle Sprach- und Kulturmittler eingesetzt werden und dass es für deren Einsatz klare Richtlinien gibt.

### **12. Eine systematische Berücksichtigung dieser Thematik muss in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe erfolgen**

Anknüpfend an die Thesen 8 und 9 stellt die Bereitstellung von Schulungsmöglichkeiten – im Hinblick auf die Sensibilisierung und Kompetenzförderung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen – eine notwendige Strukturmaßnahme dar. Während das Thema Interkulturalität in Deutschland in der Pflegeausbildung und in den Pflegewissenschaften bereits

verstärkt Berücksichtigung findet [13], ist die Einbindung in die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung noch jung und befindet sich – insbesondere im Hinblick auf strukturierte Vernetzung und eine Vereinheitlichung der Lernziele – noch in ihren Anfängen. Klassische Einwanderungsländer wie Australien, Kanada und die USA setzen sich dagegen schon seit den 1960er und 1970er Jahren intensiver mit dem Thema auseinander [3, 4, 10].

In Deutschland ist derzeit eine breite Differenzierung der Lehrkonzepte zu beobachten: Einige Kurse zur Vermittlung Interkultureller Kompetenz dienen explizit als Vorbereitung auf eine Famulatur, Studiensemester oder ein PJ-Tertial im Ausland,<sup>2</sup> während sich andere Kurse als Orientierungs- und Integrationshilfe für Migranten im Medizinstudium verstehen.<sup>3</sup> Ein dritter Ansatz, der auch von vielen Pflegeschulen favorisiert wird, bezieht sich auf die Vorbereitung für interkulturelle Kontakte in der späteren beruflichen Praxis<sup>4</sup> und erscheint in geringem zeitlichen Umfang schon in Pflichtveranstaltungen zur Klinischen Ethik. Vereinzelt lassen sich Lehrprojekte finden, die diese drei Bereiche gemeinsam fokussieren und miteinander verbinden.<sup>5</sup> Insgesamt fehlt insbesondere in der medizinischen Ausbildung jedoch eine Eingliederung in das Kerncurriculum, d. h. als Pflichtveranstaltung, die eine breite obligatorische Kompetenzvermittlung zu diesem Thema bedeuten würde.

Es gilt demnach, Konsistenz und Transparenz zu schaffen und sich auf konkrete Lernziele und Standards in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu einigen, hinter denen Einrichtungen nicht zurückfallen dürfen. Unter anderem sollte Konsens sein, dass Interkulturelle Kompetenz sich nicht in dem Erlernen von (reinem) Faktenwissen erschöpfen kann, sondern auch personale, kommunikative und handlungsbezogene Kompetenzen beinhaltet [6].

### **13. Kultursensible Gesundheitsversorgung hilft, die Potentiale des Personals besser zur Geltung zu bringen**

Nur unter Berücksichtigung der oben genannten Aspekte ist es den Mitarbeitern im Gesundheitswesen möglich, eine optimale Gesundheitsversorgung von Patienten mit Migrationsgeschichte zu sichern. Dies sollte zugleich als Chance für alle Patienten gesehen werden, denn bei dem Thema Versorgungsqualität liegt der Fokus nicht einzig auf der Patientengruppe der Migranten, sondern die beschriebenen Maßnahmen kommen letztlich allen Patienten sowie dem Personal zu Gute.

Alle Vertreter der Gesundheitsberufe erhalten durch die Integration eines kultursensiblen Ansatzes die Möglichkeit, die eigenen kommunikativen und personellen Kompetenzen, insbesondere im Bereich der Selbstreflexion und der Sensibilität, für den Umgang mit Patienten im Rahmen diagnostischer oder therapeutischer Entscheidungsprozesse weiterzuentwickeln. Eine breite und Mitarbeitergruppen überschreitende Thematisierung senkt zudem die Hemmschwelle für den kollegialen und interprofessionellen Austausch, reduziert nicht zuletzt mögliche Fehlerpotentiale im Patientenkontakt und verhindert die Entwicklung von Vorurteilen und Tabus. Entsprechenden Studien zufolge ist eine gute Kommunikations-

---

<sup>2</sup> Z. B. „Interkulturelle Kompetenz“ an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen.

<sup>3</sup> Z. B. „isiEmed“ an der Medizinischen Hochschule Hannover oder das Sprach- und Integrationsmittler/innen(SprInt)-Programm für Augsburg und den bayerischen Regierungsbezirk Schwaben.

<sup>4</sup> Z. B. „Interkulturelle Kompetenz für den ärztlichen Berufsalltag“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

<sup>5</sup> Z.B. das Gießener Schwerpunktcurriculum „Global Health“ und das Projekt IMECU an der LMU München.

fähigkeit zudem ein möglicher Schutz für die psychische Gesundheit des Gesundheitspersonals [15]. Schließlich – und dies mag sich in Zukunft als sehr wirkmächtig erweisen – dient eine kulturelle Sensibilität in Gesundheitseinrichtungen auch der Förderung des kollegialen Umgangs mit Mitarbeitern mit Migrationsgeschichte, die in den Bereichen Pflege und Medizin schon längst zum Alltag in deutschen Gesundheitseinrichtungen gehören.

## Literatur

1. Amadou A (2011) Fallstricke aus der Sicht eines Sprach- und Kulturmittlers. In: van Keuk E, Ghader C, Joksimovic L, David D (Hrsg) *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Kohlhammer, Stuttgart, S 268–269
2. Beer B (2012) *Kultur und Ethnizität*. In: Beer B, Fischer H (Hrsg) *Ethnologie. Einführung und Überblick*. Reimer, Berlin, S 53–73
3. Carter MA, Klugman CM (2001) Cultural engagement in clinical ethics. A model for ethics consultation. *Camb Q Healthc Ethics* 10:16–33
4. Dougherty MC, Tripp-Reimer T (1985) The interface of nursing and anthropology. *Annu Rev Anthropol* 14:219–241
5. European Project Migrant Friendly Hospital (MFH) (2004) The Amsterdam declaration towards migrant-friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. [http://www.mfh-eu.net/public/files/european\\_recommendations/mfh\\_amsterdam\\_declaration\\_english.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf). Zugegriffen: 5. Okt. 2013
6. Grützmann T, Rose C, Peters T (2012) Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. *Ethik Med* 24:323–334
7. Holenstein E (1998) Ein Dutzend Daumenregeln zur Vermeidung interkultureller Missverständnisse. In: Holenstein E (Hrsg) *Kulturphilosophische Perspektiven. Schulbeispiel Schweiz. Europäische Identität auf dem Prüfstand. Globale Verständigungsmöglichkeiten*. Suhrkamp, Frankfurt a. M., S 288–312
8. International Council of Nurses (1953) The ICN code of ethics for nurses (Überarbeitung von 2012). <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>.pdf. Zugegriffen: 5. Okt. 2013
9. Kleinman A, Benson P (2006) Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med* 3:1673–1676, e294. doi:10.1371/journal.pmed.0030294
10. Kleinman A, Eisenberg L, Good B (1978) Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 88:251–258
11. Knecht M (2008) Jenseits von Kultur. Sozialanthropologische Perspektiven auf Diversität, Handlungsfähigkeit und Ethik im Umgang mit Patientenverfügungen. *Ethik Med* 20:169–180
12. Knipper M, Bilgin Y (2009) Migration und Gesundheit. Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. und Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e. V. [http://www.kas.de/wf/doc/kas\\_16451-544-130.pdf](http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-130.pdf). Zugegriffen: 5. Okt. 2013
13. Menz F (2011) Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen. In: Peintinger M (Hrsg) *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Facultas, Wien, S 225–235
14. Pöchlner F (2000) Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen. Stauffenburg, Tübingen
15. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347:724–728
16. Roberts C, Moss B, Wass V, Sarangi S, Jones R (2005) Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Med Educ* 39:465–475
17. Schaffler Y (2013) Is it wise to use “Culture” as category in the sector of health-care? *J Med Anthropol* 36:172–179
18. United Nations (1948) Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. <http://www.un.org/depts/german/grunddok/ar217a3.html>. Zugegriffen: 5. Okt. 2013
19. United Nations, Economic and Social Council (2000) The right to the highest attainable standard of health; article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En>. Zugegriffen: 5. Okt. 2013
20. Weltärztebund (1948) Deklaration von Genf (in der Überarbeitung von 1968, 1983 und 1994). <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf>. Zugegriffen: 5. Okt. 2013
21. Wimmer A (1996) Kultur. Zur Reformulierung eines sozialanthropologischen Grundbegriffs. *Köln Z Soziol Sozialpsychol* 48:401–425
22. Wimmer A (2008) Ethische Grenzziehungen in der Immigrationsgesellschaft. Jenseits des Herder’schen Commonsense. *Köln Z Soziol Sozialpsychol* 48:57–88

23. Wimmer B (2011) Brücken bauen statt Barrieren – Community Interpreting als Beitrag zur Integration von MigrantInnen in das regionale Gesundheitswesen. In: Peintinger M (Hrsg) Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas, Wien, S 237–251
24. Wyssmüller C, Kaya B (2009) Migration und Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2006–2008. Im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit, Nationales Programm Migration und Gesundheit. SFM, Neuchâtel