

ONKOLOGISCHE PFLEGE

KONFERENZ ONKOLOGISCHER
KRANKEN- UND
KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)

ONKOLOGISCHE PFLEGE 2014, 1: 27–31

Elisabeth Wesselman

Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund

**Sonderdruck zur
nichtkommerziellen
Nutzung**





Elisabeth Wesselman

Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing

Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund – eine große und heterogene Gruppe

Gesundheitliche Strukturen sind jeweils auf die Mehrheitsbevölkerung ausgerichtet. Die Versorgung von Patienten nicht deutscher Herkunft stellt deshalb eine Herausforderung dar, die nicht einfach zu bewältigen ist. Mit der Zunahme der älteren Migranten ist mit einem höheren Patientenaufkommen zu rechnen, auch im onkologischen Bereich.

Internationale Studien stellen fest, dass nicht so sehr das Herkunftsland einer Person als vielmehr die tatsächlichen Lebens- und Umweltbedingungen und das Vermeiden von bzw. die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen im Einwanderungsland einen wesentlichen Anteil daran haben, ob jemand an Krebs erkrankt oder nicht.

Lange Zeit herrschte in Deutschland die Überzeugung, dass sich das Gesundheitswesen nicht mit Versorgungsproblemen von Menschen anderer Kultur und Sprache befassen muss, da ja die „Gastarbeiter“ nach einigen Jahren wieder in ihre Heimat zurückkehren würden. Aber seit den 1950er-Jahren, der Zeit der ersten Anwerbeabkommen, wanderten Männer, Frauen und Kinder aus vielen Ländern ein, um eine bestimmte Zeit oder auf Dauer in Deutschland zu bleiben.

Mittlerweile hat jeder Fünfte in der BRD einen sogenannten „Migrationshintergrund“. „Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht.“ (Bundesministerium des In-

tern, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2005). Damit wird eine Vielzahl von Menschen bezeichnet, die unterschiedlicher nicht sein können: von ausländischen Studenten und Fachkräften (z. B. IT-Branche), den ehemals eingewanderten Gastarbeitern, die vorwiegend aus dem Mittelmeerraum kommen über die Spätaussiedler, Menschen aus den verarmten osteuropäischen Ländern (EU-Binnenmigration) bis zu Flüchtlingen und Asylsuchenden sowie Menschen ohne gültige Aufenthaltserlaubnis (sans papier).

Laut dem Statistischen Bundesamt 2011 weisen 19,3 % der Bevölkerung, 15,7 Mio. Menschen, einen Migrationshintergrund auf. Davon sind 8,7 % (7,1 Mio.) Nichtdeutsche. 10,6 Mio. haben eigene Migrationserfahrung. Die meisten, nämlich 15,8 % stammen aus der Türkei, gefolgt von 8,3 % aus Polen, 6,7 % aus der Russischen Föderation und 4,7 % aus Italien. Große Gruppen kommen auch aus den USA (96 Tsd.), Vietnam (83 Tsd.), Irak (78 Tsd.), Marokko (73 Tsd.) und Brasilien (27 Tsd.). Diese Zahlen verändern sich entsprechend den weltpolitischen Entwicklungen, denn aufgrund der jeweiligen Armutslage in den Ländern der Erde, dem Ausbruch von Kriegen und den damit verbundenen existenziellen Bedrohungen wandern Menschen in Gebiete, in denen sie sich mehr Sicherheit erhoffen.

Menschen mit Migrationshintergrund – eine älter werdende Gruppe

Viele Migranten der ersten Generation sind in der Bundesrepublik alt geworden – und aus vielerlei Gründen nicht in ihre Heimat zurückgekehrt. Die Bundeszentrale für politische Bil-



derung geht davon aus, dass sich die Zahl der über 56-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund von 2011 bis 2030 von 1,4 auf 2,8 Mio. verdoppeln wird (ZQP, 2010). Damit erhöhen sich die Anforderungen an das Gesundheitswesen, sich mit der Versorgung von Migranten auseinanderzusetzen.

Viele Patienten weisen kulturbezogene Kommunikationsformen und -muster auf, die eine gleichberechtigte Teilhabe an gesundheitlichen Leistungen erschweren. Die Forschung hat fünf Aspekte identifiziert, die bei der Kommunikation eine große Rolle spielen können:

- kulturelle Unterschiede in Erklärungsmodellen von Gesundheit und Krankheit,
- Unterschiede in kulturellen Werten,
- kulturelle Unterschiede in der Arzt-Patient Beziehung,
- Rassismus/Wahrnehmungsfehler,
- sprachliche Barrieren.

Manchmal resultieren jedoch Probleme nicht aus der kulturellen Andersartigkeit, sondern sind Ergebnis eines niedrigen Bildungsstandes oder der Herkunft aus einer der unteren sozialen Schichten.

Krebs als eine Krankheit des Alters hat mittlerweile viele Migranten erreicht, die vor Jahren jung und gesund in die BRD eingewandert sind. Bisher liegen kaum ausreichende Studien über Nationalitäten oder Herkunftsländer der Erkrankten vor, da in der Regel keine Krankenkasse, keine Arztpraxis oder Klinik die Nationalität oder Herkunft ihrer Patienten erfasst und somit valide Aussagen treffen könnte.

„Um der Aufgabe der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund adäquat begegnen zu können, bedarf es aussagekräftiger Daten zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Das heißt, die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung ist auf Daten, die auch den Migrationshintergrund erfassen, angewiesen.“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2008)

Nach einer Untersuchung des Robert Koch-Instituts zeigt sich, dass für einige Krebserkrankungen das Risiko im Vergleich zur deutschen Bevölkerung geringer ist, es sich aber mit steigender Aufenthaltsdauer angleicht (Robert Koch-Institut, 2008). Bekannt ist, dass bei türkischen Staatsbürgern, die in der BRD leben, bei Männern der Lungenkrebs und bei Frauen der Brustkrebs die häufigste Todesursache im onkologischen Bereich sind. Es folgen bei beiden Geschlechtern in der Häufigkeit die Leukämien und der Magenkrebs (Dietzfelbinger, 2008).

Zugangsbarriere „Sprache“

Der gravierendste Störfaktor in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient sind mangelnde deutsche Sprachkenntnisse der Erkrankten. Vor allem ältere Migranten, deren Lebensplanung keinen längeren Aufenthalt in der BRD vorsah, weisen oft große Sprachdefizite auf.

Im Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008 schreibt das Robert Koch Institut (Seite 18):

„Im Rahmen des SOEP (= Sozio-ökonomisches Panel: führt seit über 25 Jahren repräsentative Wiederholungsbefragungen der Bevölkerung bei über 20 000 Personen in rund 11 000 Haushalten durch zu Einkommen, Erwerbstätigkeit, Bildung und Gesundheit) wurde 1996 und 2004 die Selbsteinschätzung der deutschen Sprachkenntnisse in Wort und Schrift abgefragt. Dabei zeigte sich in der Gruppe der türkischen Zuwanderer das deutlich niedrigste Niveau. Im Jahr 2004 gaben 54 % der türkischen Befragten an, gute deutsche Sprachkenntnisse zu haben; lediglich 43 % berichteten gute schriftliche Kenntnisse. Die Gruppe der Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien schätzte ihre Deutschkenntnisse etwas besser ein (Sprache: 67 %, Schrift: 50 %). Gute Sprachkenntnisse wurden am häufigsten von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern angegeben (Sprache: 80 %, Schrift: 69 %). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zeigte sich im Vergleich der SOEP-Daten von 1996 und 2004 eine Verbesserung der Sprach- und Schreibkenntnisse bei allen untersuchten Gruppen, außer bei den Zuwanderern aus der Türkei.“

Die sprachliche Verständigung ist aus einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt/Pflege und Patient nicht wegzudenken. Sie wird benötigt, um Krankheitssymptome zu verstehen, eine Anamnese zu erstellen, die Diagnose zu erklären, das Einverständnis für Untersuchungen einzuholen, Therapievorschläge zu erläutern, Missverständnisse und Behandlungsfehler zu vermeiden und onkologische Patienten und ihre Familien bei der lebensbedrohlichen Erkrankung seelisch zu unterstützen.

Das Patientenrecht sichert allen Patienten einen Anspruch auf angemessene Aufklärung und Beratung zu. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollen in einem Aufklärungsgespräch sorgfältig abgestimmt werden.

Das klingt gut, ist aber im Klinikalltag nur schwer umzusetzen. Und so kommt es entweder zu den mit Recht heftig kritisieren Übersetzungen durch Familienmitglieder, Bettnachbarn, Arbeitern aus dem Klinikbereich oder der Notwendigkeit, mit Händen und Füßen zu reden, ohne sich sicher zu sein, wie viel der Patient wirklich versteht.

Einverständnis im Missverständnis – Patientensicherheit

Häufig kommt es zum sogenannten „Einverständnis im Missverständnis“, d. h. beide Seiten „radebrechen“ unter Schwierigkeiten und finden dann einen gemeinsamen Nenner. Meist den, den z. B. der Arzt schon mehr oder weniger suggestiv angesprochen hat, da er den Patienten nicht mit offenen Fragen sprachlich überfordern will. Beide Partner beenden die Kommunikation mit einem scheinbar zufriedenstellenden Er-

Zusammenfassung und Schlüsselwörter	Summary and Keywords
Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund	Communication with patients with a migration background
Vor allem Migranten der ersten Generation stoßen auf erhebliche Barrieren beim Zugang zum Gesundheitswesen. Unzureichende Deutschkenntnisse, ein anderes Krankheitsverständnis und ein kulturell bedingtes abweichendes Kommunikationsverhalten erschweren Verständigung und Patientensicherheit.	Especially first generation migrants face significant barriers accessing health care. Insufficient knowledge of German, a different understanding of illness and a different communication behavior based on cultural differences complicate understanding and patient safety.
Sprachbarrieren · Dolmetscher · Kulturelles Krankheitsverständnis	Language barrier · Translator · Culture-bound Understanding of Illness

gebnis: Der Arzt, weil er nun die Bestätigung seiner Vermutung erhalten hat, der Patient weil er mit seiner Antwort den Mediziner zufriedenstellen konnte. Hier spielt die Kommunikationskultur von Patienten eine entscheidende Rolle: Dem Arzt wird eine außerordentlich hohe Wertschätzung entgegengebracht, er ist eine Autorität, der man nicht widerspricht.

In vielen Fällen lassen sich durch das Bemühen aller Beteiligten Missverständnisse und Behandlungsfehler vermeiden. Aber das Risiko, Behandlungsfehler durch eine mangelhafte Kommunikation zu erleiden, ist stark erhöht. Forscher haben ermittelt, dass ein dreifach höheres Risiko für ein vermeidbares, unerwünschtes Ereignis besteht (Barlett, Blais, Tamblyn, Clermont, & MacGibbon, 2008). Dies trifft im Behandlungsprozess insbesondere auf die Arzneimittelsicherheit zu, die ein hohes und gravierendes Fehlerpotenzial in sich birgt.

Auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit weist in seinen Handlungsempfehlungen darauf hin, dass zur Sicherung der Patientenidentifikation und zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen bei fremdsprachigen Patienten sprachkundige Personen zumindest bei Behandlungsbeginn aktiv einbezogen werden müssen.

Zum Verhältnis von Migrant und Pflege

Im Gegensatz zur Wertschätzung des Arztes als „Heiler“ und Autoritätsperson wird der Pflege manchmal eine untergeordnete Rolle, eine Art Dienstbotenfunktion zugeschrieben. In anderen Kulturen und Ländern hat die Pflege andere Funktionen, Aufgaben und z. T. ein höheres oder ein niedrigeres Ansehen. Meist genügt eine freundliche Information über die Professionalität der Pflege zur Korrektur aus. Aber auch bei entsprechen-

der Akzeptanz des beruflichen Könnens sind zwischen Pflege und Patient – aufgrund des intensiven Kontaktes rund um die Uhr – häufig Unterschiede in der gegenseitigen Erwartungshaltung und Bewertung der Kommunikation festzustellen.

Dolmetscher

Familienangehörige

Von Familienangehörigen als Dolmetscher ist in aller Regel abzuraten. Im onkologischen Bereich, in dem alle Angehörigen aufgrund der Schwere der Erkrankung einer hohen seelischen Belastung ausgesetzt sind, sollte man darauf verzichten, aus dem persönlichen Umfeld des Patienten einen Sprachmittler zu gewinnen. Abgesehen davon, dass dies ethisch zuweilen fragwürdig und kulturell unsensibel ist, werden häufig Informationen verzerrt, reduziert oder aufgrund von Tabus verschwiegen. In der Absicht, den Patienten zu schonen, wird zum Beispiel eine Krebsdiagnose oder die Prognose einer schweren Krankheit nicht übersetzt.

Ad-hoc-Dolmetscher aus der Klinik

Der Einsatz von Klinikmitarbeitern aus Haus-, Transport- und Reinigungsdienst ist problematisch. In einer Studie wurde eine Fehlerquote von 23–52 % bei der Übersetzung von ärztlichen Fragen festgestellt (Bischoff & Steinauer, 2007). Die meist verbreiteten Fehler bei Ad-hoc-Dolmetschern sind (Flores, Laws, Mayo, & Zuckerman, 2003):

- Weglassen von Informationen (52 %)
- fehlinterpretierte Sätze (16 %)
- „kreatives Ersetzen“ fehlender Informationen (13 %)
- Umformulierungen (10 %)
- Ergänzungen (8 %)

Tabelle 1 Mögliche Reibungspunkte zwischen Migranten und Pflegenden.

Migrant	Pfleger/in
„Erdulden“, „Erleiden“ der Krankheit	Erwartung von mehr Selbstdisziplin („Patient lässt sich hängen“)
großes Bedürfnis nach persönlicher, empathischer (und aufwendiger) Zuwendung und Fürsorge	fachorientierte, professionelle Beziehung zum Patienten
laute und deutliche Schmerzäußerungen, geringe Schmerztoleranz	Schmerzäußerungen sind übertrieben (Mamma-mia-Syndrom etc.)
eingeschränkte Einhaltung von empfohlenen therapeutischen Maßnahmen (z. B. krankengymnastische Übungen, besondere Kost)	Patientencompliance unbefriedigend (Patient bewegt sich nicht, Patient isst von Besuchern mitgebrachtes Essen)
viele Besucher, oft über lange Zeit (mehrere Stunden)	Patient hält übliche Besucherregeln nicht ein, überfordert sich und seine Mitpatienten, Störung von Abläufen
Verhalten gegenüber Ärzten sehr respektvoll, zustimmend, freundlich und dankbar	Verhalten gegenüber der Pflege fordernd, auch ärgerlich und ablehnend



Intern geschulte, mehrsprachige Pflegende und professionelle Dolmetscher haben sich am besten bewährt. Bewährt hat sich der „Hausinterne Dolmetscherdienst“ (Wesselman, Lindemeyer, & Lorenz, 2004) im Städtischen Klinikum München GmbH, wo v. a. qualifiziert geschulte Pflegende mit Migrationshintergrund für Patienten und deren Angehörige in einem strukturierten Dienst übersetzen oder aber die „Gemeindedolmetscherdienste“ in mehreren Städten.

Hier bieten medizinisch und psychosozial ausgebildete Laien kostengünstig Übersetzungsleistungen an (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2013).

Strukturierung von Kommunikation, Kommunikationsverhalten

Nicht überall ist es üblich zu sagen, „was Sache ist“. Im arabischen Raum gilt dies als unhöflich und ungebildet. „Ich habe jetzt keine Zeit“ ist dort grob beleidigend. Bevorzugt wird stattdessen die indirekte Kommunikation, die eher umschreibend, bildhaft und auf Harmonie bedacht ist.

Die chinesische Sprache kennt keine Vokabeln für „Ja“ und „Nein“. So kann sinngemäß das „Ja“ eines Patienten ein „Vielleicht“ und ein „Vielleicht“ ein „Nein“ sein. Im klinischen Alltag kommt es deshalb immer wieder zu Irritationen und Missverständnissen, da die Aussagen eines Patienten und sein Verhalten nicht übereinstimmen.

Während in Deutschland eher linear, logisch folgernd, sachlich gesprochen wird, bevorzugen zum Beispiel Menschen aus dem Mittelmeerraum oft eine gestenreiche, emotionale, mehrdimensionale Kommunikation. In der direkten, sachbezogenen Kommunikation in Deutschland kommt das Wichtigste zuerst, es gibt den Mut zum Dissens, die sachliche Ebene wird priorisiert.

Ganz im Gegensatz zu dem Kommunikationsverhalten, das eher in nicht individualistischen Gesellschaften gepflegt wird. Da kommt das Wichtigste zum Schluss, persönliche Beziehungen stehen vor der Sachebene, es gibt die Liebe zum Detail und das Streben nach Übereinstimmung ist wichtig.

Das ärztliche Gespräch

Was sind typische Aussagen nicht (gut) deutschsprachiger Migrantinnen? (Borde, 2010)

- „Wenn Du kein Deutsch kannst, nehmen sie dich gar nicht wahr.“
- „Ich konnte nicht alle Fragen stellen, die ich hatte.“
- „Die Ärzte werfen uns vor, dass wir kein Deutsch können. Deshalb sagen wir lieber nichts und bleiben sprachlos.“
- „Mein Mann hat mir alles erklärt, aber ich bezweifle, dass er alles versteht, was der Arzt gesagt hatte.“
- „Sie hat sehr gut erklärt, aber ich habe nichts verstanden.“

Das Bemühen vieler Ärzte mit Patienten auf Augenhöhe zu kommunizieren (informed consent) löst v.a. bei älteren Patienten oft Misstrauen und Angst aus. Manchmal trauen sich diese erst nach der Visite heimlich bei der Pflege nachzufragen, was denn der Arzt sagen wollte, ob er denn wisse, was er mache. Er hätte doch schließlich studiert. Warum fragt er dann den Kranken?

Diagnose und Befundmitteilung

Die Aufklärung des Kranken, „insbesondere der Tod durch Krebs ist in der türkischen Gesellschaft sehr gefürchtet. Oftmals empfinden die Angehörigen der Patienten es als sehr schmerzhaft, über unheilbare Krankheiten zu sprechen und neigen dazu, den Erkrankten nicht (ausreichend) zu informieren (...) Angehörige werden über das Krankheitsbild informiert, Patienten jedoch aus Sorge um das Wohlergehen damit „verschont“.“ (Balicki, 2012)

In der Türkei ist die Palliative Care noch wenig entwickelt. 2010 wurde an der Ege Universität Izmir das erste Palliative-Care-Forschungszentrum mit 10 Betten eröffnet. In der Regel gehen sterbende Familienangehörige nach Hause, um dort in Ruhe und Frieden zu sterben.

„Krebs“ – kulturelle Bedeutung

Volksmedizinische Sichtweisen, magische oder religiöse Erklärungsmuster findet man auch bei deutschen Patienten. Im Migrationsbereich sind sie aber sehr viel häufiger zu finden. Die Krankheit wird dabei nicht unter naturwissenschaftlichen Kriterien, sondern als ein Eingriff von „außen“ verstanden. Gesundheit und Krankheit stehen nach dem orthodoxen Islam im engen Zusammenhang mit dem Glauben und sind von Gott gegeben. Gesundheit ist ein göttliches Geschenk oder eine Belohnung, Krankheit der Ausdruck einer Bestrafung oder auferlegten Sühne. Sie ist ein Akt der Sündenvergebung. Wichtig ist, sie mit Ruhe und Geduld zu ertragen – von daher rührt die häufig auftretende völlige Passivität von Kranken. Patientenbesuche sind eine religiöse Verpflichtung.

Rassismus, Diskriminierung, Stereotypenbildung

Anliegen dieses Artikels ist nicht, neue Stereotypen zu bilden, quasi eine ethnische Diskriminierung zu betreiben. Durch die Fallbeispiele und Betonung von Unterschiedlichkeiten sollen Erklärungen dazu beitragen, das Miteinander in Kliniken respektvoller, toleranter, verständnisvoller und konfliktfreier zu gestalten. Nicht jeder türkische Patient möchte schweinefleischfreies Essen, nicht jedem Migranten sind naturwissenschaftliche Sichtweisen unbekannt und nicht jede Migrantenfamilie ist per se die beste Unterstützung für den Erkrankten. „Nicht alle Konflikte sind verständlich und lösbar. Mitunter kommen innerfamiliär Normen- und Rollenkonflikte, die Auflö-

sung von Familienverbänden, erlittene Demütigungen durch Diskriminierung und Ausländerfeindlichkeit, soziale Belastungen (...) wie auch schlechte Erfahrungen mit Institutionen im Gesundheitswesen zu Ausbruch“ (Wesselman, 2009, S. 34). Hier ist keine scharfe Zurückweisung, sondern Empathie, ein klärendes Gespräch und eventuell die Einbeziehung eines weniger konfliktbehafteten Familienmitglieds hilfreich. ■

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Balikci, A. (2012). Begleitung und Versorgung kranker und sterbender Erwachsener in der Türkei. Hospiz-Dialog NRW, 53.
- Barlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R. J., MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable events in acute care settings. CMAJ, 178(12), 1555–62.
- Bischoff, A., & Steinauer, R. (2007). Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Pflege 20,343–351, Bern: Hans Huber.
- Borde, Th. (2010). Frauengesundheit und Migration: Bedürfnisse – Versorgungsrealität – Perspektiven, Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung, Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2005). Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Berlin: Migrationsbericht 2005. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2005.html>
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2013). Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Berlin: Bundeskanzleramt <http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/2013-09-13-Krankenhaus.html?nn=670290>
- Dietzfelbinger, H. (2008). Epidemiologie der Krebserkrankungen in Deutschland. In Monika Dorfmueller, Hermann Dietzfelbinger (Hrsg.), Psychoonkologie, München: Urban & Fischer.
- Flores, G., Laws, M.B., Mayo, S.J., Zuckerman, B. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics 111,1495–7.
- Robert Koch-Institut (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wesselman, E. (2008). Psychoonkologische Betreuung von Migranten und deren Angehörigen. In Monika Dorfmueller, Hermann Dietzfelbinger (Hrsg.), Psychoonkologie, München: Urban & Fischer.

FAZIT

Das Gesundheitswesen arbeitet unablässig daran, Versorgungsprozesse zu optimieren und die Verweildauer zu senken. Für viele Menschen mit Migrationshintergrund, die sich aufgrund schlechter Bildung, Armut, Sprachdefiziten und Unkenntnis der institutionellen Abläufe in aller Regel schwer tun, gesundheitliche Angebote in gleichem Maße wie die Mehrheit der Bevölkerung in Anspruch zu nehmen, wird sich erst Gravierendes ändern, wenn sich die Kliniken und Praxen interkulturell öffnen und damit für Menschen unterschiedlicher Kulturen und Religionen einen gleichberechtigten Zugang schaffen und für eine gleichwertige Qualität in Behandlung, Beratung und Betreuung sorgen. Dazu hat der bundesweite Arbeitskreis Migration und Gesundheit 2013 die Broschüre „Das kultursensible Krankenhaus“ mit vielen Best-practice-Beispielen veröffentlicht, die kostenlos über das Internet bestellt oder heruntergeladen werden kann.

Wesselman, E., Lindemeyer, T., Lorenz, A. I. (2004). Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der Klinikinterne Dolmetscherdienst. Frankfurt: Mabuse Verlag.

Wesselman, E. (2009). Sterbenskrank und in der Fremde – zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten. In Tumorzentrum München (Hrsg.), Manual Psychoonkologie. München: Zuckschwerdt Verlag.

Zentrum für Qualität in der Pflege (2011). Migration und Pflege – Abschied von Illusionen, Newsletter der Bundeszentrale für politische Bildung, 2. Februar/März 2010.

Angaben zur Autorin

Elisabeth Wesselman
Fachreferentin Interkulturelle Versorgung

Städtisches Klinikum München GmbH
Klinikum Schwabing
Kölner Platz 1
80804 München
elisabeth.wesselman@klinikum-muenchen.de