Transkulturelle Kompetenzen im klinischen Alltag

Vorurteile? Nicht in meiner Praxis!

Melissa Dominicé Dao

Service de médecine de premier recours, Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, HUG et chargée d'enseignement, Faculté de médecine, Université de Genève

In der medizinischen Praxis sind die Fachpersonen heutzutage mit einer sehr grossen Patientenvielfalt konfrontiert. Um diese Patienten effizient betreuen zu können, müssen sie also zusätzlich zu soliden *klinischen* auch *transkulturelle* Kompetenzen erwerben. Diese sind durch *Wissen*, *Fach-* und *Sozialkompetenz* definiert und ermöglichen ihnen, soziokulturell unterschiedlichen Patienten eine hochwertige Gesundheitsversorgung zu bieten [1]. In diesem Artikel wird eine dieser transkulturellen Kompetenzen ausführlich erörtert: *Das Erkennen der eigenen Reaktionen gegenüber bestimmten Patienten und ihre Auswirkungen auf die Behandlung.*

Fallvignette

Eine 48-jährige romastämmige Patientin aus dem Kosovo, die über einen Ausweis F verfügt, Grundkenntnisse in Französisch hat, verheiratet und Mutter von fünf Kindern ist, klagt über seit zwei Wochen anhaltende, sehr starke Oberbauchschmerzen. Nach dem Scheitern einer ersten Behandlung mit einem Protonenpumpenhemmer wird eine Magenspiegelung durchgeführt, die bis auf einen schwachen gastroösophagealen Reflux keine Auffälligkeiten zeigt. Blutbild, Bauchultraschall und Stuhluntersuchungen sind normal. Darüber hinaus leidet die Patientin unter Adipositas mit einem BMI von 32 kg/m^2 und einer schlecht eingestellten Hypertonie (trotz dreier blutdrucksenkender Medikamente), wobei bereits eine beginnende hypertensive Nierenerkrankung als Komplikation aufgetreten ist. Die Patientin weist laut und ostentativ auf ihre Beschwerden hin. Ihr Ehemann und ihr ältester Sohn begleiten sie häufig in die Sprechstunde und verlangen nachdrücklich weitere Untersuchungen.

Der mit dem Fall betraute Arzt spricht mit seinen Kollegen über seine Schwierigkeiten. Nachdem er die Krankengeschichte berichtet hat, erklärt er: «Es ist alles in allem eine typische Roma-Patientin. Ich bin mir sicher, dass sie ihr Medikament nicht einnimmt und weiterhin zu viel und zu salzig isst. Ich frage mich sogar, inwieweit sie mit ihren Symptomen übertreibt, um in der Schweiz bleiben zu können. Mit fettleibigen Patienten ist es schon schwierig, aber mit Roma ist es noch schlimmer!».

Definitionen

Der behandelnde Arzt der Patientin befindet sich in einer therapeutischen Sackgasse. Er äussert Verallgemeinerungen und interpretiert das Verhalten seiner Patientin. Handelt es sich um Vorurteile, Stereotype oder Diskriminierung? In Tabelle 1 sind diese Begriffe definiert.

Kategorisierung ist ein universelles und automatisches Phänomen, das dazu dient, die Komplexität der Umgebung zu verringern und sie begreifbar zu machen. Die Einteilung in soziale Kategorien ermöglicht die Strukturierung der verfügbaren Information, um sie nachvollziehbar und verwertbar zu machen. Damit er sein Kategoriensystem aufrechterhalten kann, übertreibt jeder Mensch unbewusst die Unterschiede zwischen den Kategorien und minimiert die Unterschiede innerhalb der Kategorien. Diese kognitiven Vereinfachungen sind sinnvoll, werden jedoch zum Problem, wenn sie die Erkundung des persönlichen Hintergrunds eines Patienten oder die Überlegungen über die für ihn erforderlichen Massnahmen behindern. Der Zeitdruck und die kognitive Komplexität der Aufgaben begünstigen den Rückgriff auf Stereotype; darum besteht in bestimmten klinischen Situationen (etwa bei Notfällen oder Überlastung) diesbezüglich ein höheres Risiko.

Die Stereotype und Vorurteile führen ausserdem zu Rückkopplungsschleifen oder zum «Pygmalion-Effekt». Dieses Phänomen, das ursprünglich in der Sozialpsychologie von Rosenthal und Jacobson untersucht wurde, bedingt, dass unsere positive Erwartungshaltung gegenüber einer Person unser Verhalten im Hinblick auf diesen Menschen günstig beeinflusst. Die Person nimmt unsere Einstellung wahr und verändert ihrerseits ihr Verhalten positiv, wodurch sich unsere ursprüngliche Erwartungshaltung bestätigt. Der «Golem-Effekt» wirkt sich gegenteilig aus, indem die negative Erwartung gegenüber einer Person zu geringeren Leistungen des Betroffenen führen. Die beiden

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Tabelle 1: Definition der Begriffe Stereotyp, Vorurteil und Diskriminierung [2, 3].

Stereotyp	Kategorisierung im Hinblick auf die mutmasslich typischen Merkmale der Angehörigen einer Gruppe. Diese Kategorisierung ist oftmals verbreitet und kollektiv.
Vorurteil	Positive oder negative Haltung gegenüber den Mitgliedern einer Gruppe. Beruht im Allgemeinen auf einem oder mehreren Stereotyp(en). Urteil einer Person oder Gruppe, ohne sich zuvor ausreichend informiert zu haben.
Diskriminierung	Ungleichbehandlung der Mitglieder einer Gruppe im Verhältnis zum Rest der Bevölkerung aufgrund bestimmter Kriterien oder besonderer Charakteristika dieser Gruppe. Kann positiv oder negativ sein, direkt oder indirekt, individuell oder systematisch oder gar institutionell.

Effekte setzen im Allgemeinen eine Autoritätsbeziehung voraus (Lehrer, Arbeitgeber usw.) und wirken unbewusst. Auch in bestimmten Situationen der klinischen Praxis sind diese Rückkopplungsschleifen festzustellen [4–6]. Phelan et al. [7] beschreiben beispielsweise das Phänomen bei der Betreuung von Adipositas-Patienten: Die Stereotype und Vorurteile der Gesundheitsfachperson wirken sich auf ihre Einstellung gegenüber Adipositas-Patienten und Behandlungsentscheidungen aus; dies beeinflusst die Emotionen der Patienten (Stress, Misstrauen usw.) und ihr Verhalten (Zunahme der versäumten Termine, Sinken der Adhärenz) und beeinträchtigt den Gesundheitszustand der Patienten (Stagnation des Gewichts), wodurch sich wiederum die Stereotype und möglicherweise die Vorurteile und das Diskriminierungsverhalten der Fachperson verstärken.

Diskriminierung und ihre Folgen für die Gesundheit

Die Diskriminierung oder Ungleichbehandlung bestimmter Patienten oder Patientengruppen kann im Zusammenhang mit einem oder mehreren ihrer Charakteristiken stehen, etwa mit dem Alter, dem Geschlecht, der sozialen und wirtschaftlichen Lage, der Religion oder dem Erscheinungsbild, aber auch mit gesundheitlichen Faktoren wie der Diagnose oder einer Behinderung [8]. Die Diskriminierung kann auf interindividueller Ebene erfolgen, jedoch auch in Institutionen stattfinden, da sie ihre Politik auf die Bedürfnisse der Mehrheit ausrichten und somit der spezielle Bedarf einer Minderheit nicht berücksichtigt wird [9]. Als Beispiele für institutionelle Diskriminierung im Gesundheitswesen können das Fehlen angemessener Mittel für medizinische Übersetzungs- und Dolmetscherdienste für fremdsprachige Patienten sowie der Mangel an geeigneter Ausrüstung für sehbehinderte Patienten angeführt werden.

Das Phänomen der Diskriminierung von Minderheiten im Gesundheitswesen ist umfassend dokumentiert, zum Beispiel in den USA, wo Menschen anderer Hautfarbe und ethnische Minderheiten mit einer geringeren Versorgungsqualität konfrontiert sind und höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten aufweisen. Als Erklärung wird sowohl auf einen unabhängigen Faktor der «Rasse» verwiesen als auch auf die Tatsache, dass Diskriminierung ein sozialer Stressfaktor ist, der die geistige und körperliche Gesundheit beeinflusst, und zwar durch

1) die negativen Emotionen, welche die Diskriminierung auslöst und die sich negativ auf die Gesundheit auswirken,
2) das Reaktionsverhalten (Drogenkonsum und Medikamentenmissbrauch) und
3) die direkte Wirkung von Stress auf das neuroendokrine und autonome System sowie auf das Immunsystem.

Dokumentiert sind die Folgen der Diskriminierung – mittels der Wirkung von Stress – etwa bei Diabetes mellitus, Hypertonie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Mammakarzinom und Uterusmyome sowie im Hinblick auf Müdigkeit, Schlaf und Sexualfunktion [11]. Laut einer Schweizer Studie fühlen sich 11 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihres Spitalaufenthalts aus bestimmten Gründen diskriminiert, darunter auch aufgrund ihrer Diagnose [8].

Implizite Assoziationen und Patientenbeurteilung

Im Allgemeinen diskriminieren Gesundheitsfachpersonen die Patienten nicht mit Absicht. Alle Patientinnen und Patienten ohne Unterschied zu betreuen, ist Teil des Berufsethos. Nur wenige Ärztinnen und Ärzte geben auf Nachfrage an, diese oder jene Patientengruppe zu bevorzugen. Dennoch scheint, dass sie implizite Assoziationen entwickeln, deren sie sich nicht bewusst sind, die innerhalb ihrer kulturell und sozial geprägten Kategorie weitergegeben werden und die nur schwer zu verändern sind [12]. Die impliziten Assoziationen sind mithilfe eines standardisierten Tests messbar (www.implicit.harvard.edu) und scheinen sich auf die Behandlungsentscheidungen auszuwirken [13]. Aus der Fachliteratur geht hervor, das die impliziten Assoziationen in der klinischen Praxis subtile, aber signifikante Auswirkungen auf die Diagnose, Behandlungsentscheidungen und Patientenbetreuung haben [14].

Angesichts der Anliegen und des Erlebten des Patienten neigen die Ärztinnen und Ärzte dazu, umgehend zu bewerten, ob die Patientenwünsche angemessen

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

und die Symptome begründet sind sowie ob das Modell des Patienten dem ihren entspricht. Auch können jene Patienten negativ beurteilt werden, die von einer bestimmten Norm abweichen, die Wirksamkeit der ärztlichen Massnahmen nicht anerkennen oder Frustration auslösen [15]. In einem Übersichtsartikel unternimmt Hill [16] eine Analyse der verschiedenen Aspekte der moralischen Beurteilung, welche die Gesundheitsfachperson gegenüber der Patientin vornimmt, und zeigt, dass negative Bewertungen anscheinend durch das Verhalten von Patienten bedingt ist, das von bestimmten sozialen Konventionen der Mehrheit abweicht.

Wie können wir unsere Kategorisierung verändern?

Kategorisierung gehört also zu den Mechanismen, durch die wir unsere Umwelt und Erfahrungen begreifbar machen. Wie können wir vermeiden, dass sich die Kategorisierung negativ auf unsere Betreuungsqualität auswirkt?

Laboruntersuchungen, bei denen Methoden der Kognitionspsychologie und des funktionellen Neuroimaging kombiniert wurden, zeigen die Rolle der Emotionen (Abneigung, Wut, Angst usw.) bei der automatischen Aktivierung von Stereotypen [17], aber auch die Möglichkeit, sie mittels Individualisierung des Stereotypisierungsopfers zu blockieren [18]. Daher muss zunächst herausgefunden werden, welcher Patiententyp bei uns negative Emotionen wie Abneigung, Frustration oder Wut hervorruft. Es geht nicht darum, diese Emotionen zu eliminieren, sondern vielmehr sie als Hinweise auf potenzielle Verzerrungen («Bias») zu erkennen und darüber nachzudenken, wie sie unsere Arbeit beeinflussen können [19]. Wenn man jede klinische Situation als Gelegenheit betrachtet, um angemessene Gesundheitsziele für jeden Patienten zu verfolgen, kann dies eine Möglichkeit sein, Abstand zu Situationen zu gewinnen, die möglicherweise ablehnende Haltungen verursachen, und sich erneut auf die erforderlichen Massnahmen zu konzentrieren. Diese Introspektion ist umso wirksamer, je mehr sich die Gesundheitsfachperson ihrer eigenen Gruppenzugehörigkeit bewusst und damit im Reinen ist, sei es die persönliche, kulturelle, religiöse oder berufliche Zugehörigkeit [20]. Insbesondere die Frage nach den Privilegien der sozialen Stellung der Fachperson und des Patienten sowie deren Auswirkungen auf das Erleben muss explizit gestellt werden, damit die Fachperson konkrete Massnahmen treffen kann, um Differenzen zu verringern und Ungleichbehandlung vorzubeugen [21].

Des Weiteren sollen detailierte und persönliche Informationen über den Patienten gesammelt werden, um unsere Kenntnisse und Vorurteile anzupassen, das heisst *individualisieren* anstatt *kategorisieren*. Das Verständnis der Beweggründe und des besonderen Hintergrunds einer Patientin ermöglicht es der Gesundheitsfachperson, ihre Empathiefähigkeit wieder herzustellen und verhindert, dass sie das individuelle Verhalten mit der Gruppe verknüpft, welcher der Patient angehört [22].

Darüber hinaus können weitere Massnahmen dazu beitragen, die Ungleichbehandlung von Minderheiten im Gesundheitswesen zu vermeiden: Systematische Einbeziehung von Minderheiten im Rahmen von Forschungsprojekten, ausdrückliche Verpflichtungserklärung der Kliniken und Institutionen zur Gleichbehandlung aller Patientinnen und Patienten [23], Berücksichtigung der Bedürfnisse der Minderheiten in der Gesundheitspolitik sowie Gewährleistung einer Vertretung der Minderheiten im Personal der Gesundheitsorganisation [24].

Diskussion

Wenn wir auf die zu Beginn dargestellte Fallvignette zurückkommen, wird uns bewusst, dass es sich um eine Situation handelt, in der eine grosse Gefahr für Vorurteile, Stereotypen und Diskriminierung liegt. Zur wirksamen Behandlung solcher Patienten muss die Gesundheitsfachperson transkulturelle Kompetenzen erwerben (Tab. 2). Die Patientin weist mehrere Kennzeichen auf, die negative Vorurteile verursachen können, besonders ihre Adipositas und Zugehörigkeit zur Roma-Gemeinschaft. Die nicht medizinisch erklärbaren Symptome, die wiederholte Äusserung von Klagen und die schlecht kontollierte chronische Erkrankung erscheinen für die Fachperson wie eine Nie-

Tabelle 2: Transkulturelle Schlüsselkompetenzen bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Anliegen oder die in einer prekären Situation sind.

Kenntnis der Epidemiologie bestimmter Bevölkerungsgruppen.
Strategien zur Überwindung von Sprachbarrieren.
Berücksichtigung der Lesekompetenz bei Gesundheitsthemen.
Instrumente zur Erforschung des sozialen und kulturellen Hintergrunds des Patienten und seiner Angehörigen.
Instrumente zur Erforschung der Überzeugungen und Gesundheitspraktiken des Patienten.
Diskussion über die Behandlung unter Berücksichtigung verschiedener Modelle.
Erkennen der eigenen Reaktion gegenüber bestimmter Patienten und ihrer Auswirkungen auf die Behandlung.

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

derlage oder zeugen zumindest nicht von seiner Effektivität. Diese Faktoren tragen dazu bei, die Patientin negativ zu kategorisieren, oder beeinträchtigen wenigstens die Empathiefähigkeit und die Qualität der übermittelten Empfehlungen. Ausserdem stützt sich der Arzt auf vorgängige Erfahrungen und trifft ein «Vor-Urteil» über die Ursachen und den weiteren Verlauf, ohne dass er die tatsächliche Situation der Patientin zu verstehen versucht. Wenn die Patientin die Frustration des Arztes wahrgenommen hat oder mit der Qualität der Kommunikation unzufrieden ist, kann dies ihre Motivation verringern, die Therapie-Empfehlungen zu befolgen, und somit die negative Vorstellung des Arztes weiter verstärken («Golem-Effekt»). Zusätzlich bildet die partielle Sprachbarriere ein Hindernis bei der Erhebung relevanter und genauer Informationen über die Patientin. In dieser Situation sollte der Arzt sowohl die Emotionen, welche die Gespräche mit der Patientin auslösen, als auch die vorgefasste Meinung, die er möglicherweise von ihr hat (schlechte Compliance, Mangel an Motivation oder Willen), identifizieren. Dann sollten gemeinsam mit der Patientin unter anderem diese Aspekte erforscht werden: Ihre persönliche Situation, ihre sozialen Stressfaktoren und Diskriminierungserfahrungen, die Hindernisse, mit denen sie bei der medizinischen Behandlung möglicherweise konfrontiert ist, das Ausmass des Verständnisses und die Lesekompetenz bei Gesundheitsthemen. Dies sollte selbstverständlich in Gegenwart eines Dolmetschers erfolgen. Ein Überblick über die historische Diskriminierung dieser Minderheit, über die Schwierigkeiten, denen sie beim Zugang zur Gesundheitsversorgung begegnet und über die mindere Qualität ihrer Versorgung kann die Situation ebenfalls relativieren und den Arzt dazu motivieren, alles Notwendige zu tun, um die Gleichbehandlung dieser Patientin zu begünstigen.

Korrespondenz:
Dr. med. MSc
Melissa Dominicé Dao
Médecin adjoint, Service de médecine de premier recours
Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences
HUG et chargée d'enseignement
Faculté de médecine-Université de Genève
CH-1205 Genève
Melissa.Dominice[at]hcuge.ch

In der Praxis

- Jene Patientinnen und Patienten erkennen, die negative Emotionen verursachen.
- Die Gefahr von Verallgemeinerungen nie ausser Acht lassen.
- Sich der eigenen Gruppenzugehörigkeit und der damit verbundenen Privilegien stets bewusst sein.
- Jede klinische Begegnung als Gelegenheit betrachten, das Ziel der Gleichbehandlung zu verfolgen.
- Den Patienten individualisieren, um Kategorisierungen zu vermeiden: Mehr Informationen erheben, die sich auf den Patienten und seine klinische Situation beziehen.

Hinweis

Eine umfangreichere Fassung dieses Artikels ist in einem Kapitel des Gemeinschaftswerks «Vulnérabilités, équité et santé», unter der Leitung von P. Bodenmann, Y. Jackson und H. Wolff, in Zusammenarbeit mit F. Vu, Médecine et Hygiène 2018, wiedergegeben (in französischer Sprache).

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html