

Kulturfallen im ärztlichen Alltag vermeiden

Veranstaltung gab Hinweise für die Arbeit mit Patienten mit Migrationsvorgeschichte

von Klaus Dercks, ÄKWL

Die Prognose für Arztpraxen und Krankenhäuser geht in Richtung kulturelle Vielfalt: Schätzungen gehen davon aus, dass künftig jeder zweite Einwohner unter 40 Jahren in NRW einen Migrationshintergrund hat. „Die Wahrscheinlichkeit, in eine Kultur Falle zu tappen, ist gar nicht so gering“, warnte deshalb Dr. Rudolf Kaiser, Menschenrechtsbeauftragter der Ärztekammer Westfalen-Lippe, zur Eröffnung der Fortbildungsveranstaltung „Behandlung von Patienten mit Migrationsvorgeschichte“. Die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL und die Klinik für Innere Medizin des Herz-Jesu-Krankenhauses Münster-Hiltrup hatten Ende Januar nach Dortmund eingeladen, um Zusammenhänge zwischen Migrationsgeschichte und medizinischen Behandlungsstrategien zu beleuchten. Schmerztherapie, Diabetes- und Hepatitis-Behandlung standen dabei im Mittelpunkt.

Schmerz und Migration

Probleme mit der Behandlung von Schmerzen ergaben sich bei Patienten mit Migrationsvorgeschichte häufig aufgrund schwieriger sprachlicher Verständigung, berichtete Prof. Dr. Dipl.-Psych. Ingrid Gralow aus ihrer Arbeit. Anhand mehrerer Studien aus verschiedenen Ländern illustrierte die Leiterin der Schmerzambulanz und -Tagesklinik am Universitätsklinikum Münster, dass die Prävalenz von Schmerzen bei Menschen mit Migrationsvorgeschichte höher liegt als bei den jeweiligen Einheimischen. Bei der Behandlung von Migranten gelte es zu bedenken, welche Rolle Migrationsstress, Adaptionfähigkeit, psychosoziale Belastungen und sozialmedizinische Probleme spielten. „Oft gibt es auch die Erwartung, dass die Heilung von außen kommt statt durch die Mitarbeit des Patienten.“ Tatsächlich bestehe das Risiko einer iatrogenen Chronifizierung von Schmerzen: Übermäßige Diagnostik, die Fehlinterpretation von Befunden und übermäßige Verschreibung von Medikamenten könnten sich negativ auswirken. „Es besteht auch das Risiko einer Überversorgung mit Opioiden.“

Menschen mit Migrationshintergrund, so Prof. Gralow, haben oft schlechteren Zu-



Referenten und Gäste arbeiteten gemeinsam daran, „Kulturfallen“ im ärztlichen Arbeitsalltag aufzudecken (v. r. n. l.): PD Dr. Anton Gillissen, Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Dr. Rudolf Kaiser, Prof. Dr. Dipl.-Psych. Ingrid Gralow, Prof. Dr. Fuat Saner und Dr. Mehmet Erdogan (Deutsch Türkische Mediziner Gesellschaft NRW). Foto: kd

gang zur kulturspezifischen multimodalen Schmerzbehandlung und in der Folge auch ein schlechteres Outcome dieser Behandlung. Ein möglicher Ausweg seien Behandlungsmöglichkeiten in Kliniken, die mit Muttersprachlern arbeiten. „Aber auch das ist kein Garant für Erfolg. Manche Patienten aus der dritten Migrantengeneration erleben es sogar als Kränkung, wenn man ihnen einen solchen Ort für die Behandlung vorschlägt.“

Schmerz und kultureller Hintergrund

„Die Geschichte des unnötigen Leidens vieler Schmerzpatienten ist auch die Geschichte eines kulturell eingegengten Körperbildes“ – denn je nach kulturellem Hintergrund hat „Schmerz“ ganz unterschiedlich Konnotationen, liegen dem Schmerzempfinden und -verarbeiten ganz unterschiedliche Konzepte zugrunde, erläuterte Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Ärztliche Direktorin der Hellweg-Kliniken (Bielefeld/Lage/Oerlinghausen). „Patienten verstehen ihre Ärzte oft nicht“, war Dr. Golsabahi-Broclawski überzeugt. Die Bitte des Arztes, den Schmerz einmal ganz genau zu beschreiben, stelle oft eine Überforderung

dar. „Ärzte verlangen da etwas, was sie selbst nicht verstehen.“

Auf der Suche nach dem blinden Fleck

„Begegnen Sie Patienten mit Migrationsvorgeschichte nicht anders als Deutschen“, riet Dr. Golsabahi-Broclawski. „Werden Sie sich aber vorher klar, was Sie selbst für ein Schmerzverständnis haben.“ Golsabahi-Broclawski warnte davor, Patienten voreilig in die Schublade somatoformer Störungen zu stecken. Ärztin und Arzt müssten versuchen, die Kultur der jeweils anderen Seite zu verstehen. „Es ist, als ob zwei verschiedene Kameras ein Bild aufnehmen. Beide Kameras haben einen blinden Fleck. Diesen blinden Fleck zu finden, das ist transkulturelle Arbeit.“

Diabetiker-Schulung für türkische Küche anpassen

Die Versorgung von Diabetikern ist Alltag in vielen Arztpraxen – bei türkischstämmigen Patienten stoßen Ärztinnen und Ärzte mit den erprobten Ratschlägen und Schulungen jedoch mitunter an Grenzen: „Man muss die

türkische Küche und die Zusammensetzung der Speisen kennen, sonst redet man leicht aneinander vorbei“, warnte Yildiz Akyildiz. Eine besonders tückische Kulturfalle, denn der Anteil der Diabetiker unter den türkischstämmigen Patienten liegt deutlich höher als in der ansässigen deutschen Bevölkerung. „Schulung für deutsche Patienten bringt türkischstämmigen Patienten wenig, denn sie wird oft nicht verstanden.“

Weniger Arztkontakte, geringere Teilnahme an Schulungen, höhere HbA1c-Werte: Der Behandlungserfolg für türkischstämmige Patienten falle schlechter aus als bei anderen Patientengruppen, gab Yildiz Akyildiz Erkenntnisse aus vergleichenden Studien wieder. Kommunikationsprobleme und unterschiedliches Verständnis von Krankheit könnten die Ursachen sein. „Ohne Schmerzen ist man nicht krank, ohne initialen Schmerz gibt es auch keinen Arztbesuch.“ Und gerade für Migranten der ersten Generation seien Arztbesuche oft mit Sprachbarrieren und großem Stress verbunden.

Informationen über Schwarzwälder Kirschtorte bringen wenig, wenn die Gefahr für Diabetiker eher im sirupsüßen Baklava lauert – die Anpassung und Verbesserung der Diabetiker-Schulungen für Patienten mit Migrationshintergrund sei deshalb eine Daueraufgabe. „Unsere Ernährungspyramide haben wir speziell für türkische Patienten abgewandelt“, berichtete Akyildiz von Schulungen in ihrem Krankenhaus, dem Mariannen Hospital in Werl. Sie empfahl die Verwendung von „Conversation maps“ und die Verwendung aussagekräftiger Bilder zur Vermittlung von Ernährungstipps. Auch die Kenntnis von Speisevorschriften und religiösen Regeln sei wichtig, um Patienten beraten zu können. Während des Ramadans

etwa sei fasten für gesunde Gläubige vorgeschrieben. „Kranke müssen nicht fasten, also auch nicht Diabetiker.“

Neue Therapie für Hepatitis C

„Denken Sie bei erhöhten Transaminasen an Anti-HCV, HB-S-AG und Transferrinsättigung“, bat Dr. Anton Gillessen seine Kolleginnen und Kollegen, bei entsprechenden Patientenkontakten stets das Thema „Hepatitis“ im Blick zu behalten. Zwar verzeichne Deutschland mit 0,6 Prozent nur eine geringe Hepatitis-B-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung. Doch in den Herkunftsländern vieler Migranten sehe das ganz anders aus, machte der Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am Herz-Jesu-Krankenhaus in Münster-Hiltrup deutlich. 90 Prozent der Weltbevölkerung lebten in Ländern mit mittlerer oder hoher HBV-Prävalenz, in Rumänien betrage die Prävalenz 5,6 Prozent, in der Osttürkei sogar neun Prozent. Dies spiegele sich auch in der Behandlung der Hepatitis B in Deutschland wider. „Zwei Drittel der Patienten mit Hepatitis B sind Migranten aus Regionen mit hoher HB-Antigen-Prävalenz.“

Dr. Gillessen berichtete über die Identifizierung von Patienten und Möglichkeiten der Behandlung – „nicht erst, wenn die Zirrhose dekompensiert“. Er sprach sich zudem dafür aus, z. B. bei Informationsveranstaltungen oder mit Wartezimmer-Plakaten für das Thema „Hepatitis“ zu sensibilisieren. „Es ist wichtig, diese Krankheit zu enttabuisieren.“ Dabei verschwieg er nicht, dass die Therapie der Hepatitis B einen sehr langen Atem

brauche. „Adhärenz ist ein großes Problem, denn die Therapie erfordert die lebenslange Einnahme von Tabletten. Halten Sie Ihre Patienten bei Laune!“

Weitaus geringer als die Zahl der Hepatitis-B-Infizierten ist die Zahl der Menschen, die mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert sind. Weltweit, so Dr. Gillessen, seien 130 bis 170 Millionen betroffen; in Europa zählen Rumänien und der Süden Italiens zu den Regionen mit der höchsten HCV-Prävalenz. Bei der Hepatitis C sei Heilung möglich, die Leberzirrhose reversibel, erläuterte Gillessen – und seit kurzer Zeit gebe es eine neue Möglichkeit der Behandlung: Ein neuer Wirkstoff sei im Januar dieses Jahres zugelassen worden, die Kosten für die zwölfwöchige Therapie mit dem neuen Wirkstoff lägen bei über 80.000 Euro. Die neue Therapie lasse Heilungsraten über 90 Prozent erwarten.



Wie lässt sich diese süße Versuchung aus der türkischen Küche in „deutsche“ BE übersetzen? Diabetes-Schulungen für Patienten mit Migrationshintergrund sollten auf Ernährungsgewohnheiten in den Herkunftsländern eingehen. Foto: borasahin/Fotolia.de

EPIKUR

Die neue Praxissoftware



Alle Betriebssysteme

www.epikur.de

beratung@epikur.de Tel. 030 / 340 601 101



Besuchen Sie uns auf der ConMT:
Halle 1.2, Stand D110