



**P**ARACELSUS  
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

**Klinikum Nürnberg**  
*Wir sind für Sie da.*

---

# Kultursensible Begleitung in der onkologischen Versorgung

---

BAK e.V.

02.04.2025, Stuttgart

Dr. med. Leyla Güzelsöy

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Klinikum Nbg.  
Leitung des Psychoonkologischen Arbeitskreis Mittelfranken (POM)  
Freie Mitarbeiterin Institut für Geschichte und Ethik der Medizin FAU

# Übersicht

---

1. Migrationsbiographie, Gesundheit, Zugangsbarrieren
2. Kulturgebundene Wertung von Gesundheit und Krankheit
3. Kommunikation: Sprache als Kernelement vieler Schwierigkeiten
4. Transkulturelle Kompetenz

# Migration

---

- im weitesten Sinne jeder längerfristige Wohnsitzwechsel im geographischen und sozialem Raum
- in der Geschichte oft positiv besetzt, man verlässt die Heimat, um gestärkt zurückzukehren

# „Person mit Migrationshintergrund“ Deutsches Konstrukt

---

- Statistisches Konstrukt oft in statistischen Analysen bezüglich der Diskriminierungsmessung verwandt
- Hierbei kommen ausschließlich die Staatsangehörigkeit und der Geburtsort zum Tragen (Migrationshintergrund liegt vor, wenn ein Elternteil allochthon ist)
- Andere Daten werden in dieser Fremdkategorisierung nicht erhoben
- Von der Statistikabteilung der Vereinten Nationen, der UN und NGO´s stark kritisiert als nicht geeignet
- „ethnisch-kulturelle“ Zugehörigkeit soll und muss im Sinne einer subjektiven Selbstauskunft erhoben werden (Empfehlung der Vereinten Nationen)

# Keine Migrationserfahrung

---

- 26,7% aller Einwohner\*innen in Deutschland hatten 2020 einen sogenannten Migrationshintergrund (jede vierte Person in Deutschland)
- Personen mit sogenanntem Migrationshintergrund ohne eigene Migrationserfahrung beträgt 36,2% (rund 1/3)
- Je jünger die Altersgruppe, desto höher der Anteil der Personen mit sogenanntem Migrationshintergrund (Kinder <5J → 40,3%)

# „healthy migrant effect“

---

- Migrant\*innen, die vor 1973 in die BRD kamen, verfügten über eine bessere Gesundheit als die deutsche Bevölkerung. Allerdings nahm die Morbidität bei Migrant\*innen im Zeitverlauf stärker zu:

## **Auswertungen der Todesursachenstatistik:**

- Allmähliche Angleichung an die Mortalität der deutschen Bevölkerung. Dies gilt auch für viele spezifische Todesursachen, wie z.B. die meisten Krebs- und Herz-Kreislauf-Krankheiten.

# Migrationsbiographie und Gesundheit

---

Die Ottawa-Charta der WHO erklärte Migrant\*innen generell zu einer „verletzlichen Gruppe“, der eine besondere Aufmerksamkeit in Public-Health-Systemen einzuräumen sei.



# Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

---

*„Ausländer haben also nicht wegen ihrer Nationalität oder wegen Einwanderung selbst einen erhöhten medizinischen Betreuungsbedarf. Der Grund ist vielmehr die überwiegende Beschäftigung in stärker beanspruchenden Berufstätigkeiten, zusätzlich wohl auch das Leben in schlechteren Wohnlagen.“*



# Belastende Faktoren der Migration

- Sprachliche Probleme
- Heimweh
- Einsamkeit
- Statusverlust
- Aufenthaltsstatus
- Ökonomische Unsicherheit
- Traumatisierung durch Flucht und Vertreibung
- Dissonanzen zwischen Normen und Werten der verschiedenen Gesellschaften/Kulturen



# CAVE

---

- Tumorerkrankung kann zu Retraumatisierung führen.
- Durch die Krise der Erkrankung (Aktualkonflikt) können abgewehrte Traumatisierungen aktualisiert werden und Patient\*innen destabilisieren.

# Zugangsbarrieren bei der Versorgung von Migrant\*innen

---

- Mangelnde Kenntnisse über das deutsche Gesundheits- und Sozialwesen
- Sprachliche und soziokulturelle Verständigungsprobleme
- Ängste und Misstrauen
- Überforderung seitens des Fachpersonals aufgrund mangelnder interkultureller Kompetenz/Sprachbarrieren

→ Hilf- und Ratlosigkeit auf beiden Seiten



# Folgen

---

- Unzureichende soziale und medizinische Beratung und Behandlung
- Überproportionale Inanspruchnahme medizinischer Dienste
- Verspätete oder unangemessene Behandlung und Betreuung
- Geringe Inanspruchnahme präventiver Angebote
- Geringe Inanspruchnahme von Beratungsangeboten (sprachliche und kulturelle Barrieren, Mangel an Multiplikator\*innen)

# Konfliktfelder im klinischen Alltag

- Kulturell geprägte Schmerzwahrnehmung
- „Wehleidigkeit“
- Viele Besucher
- Andere Erklärungsmuster für Krankheiten
- Andere Erwartungen an die Rolle der Pflegenden und Ärzte
- Das Gefühl, Teil einer ungeliebten und ungewollten Minderheit zu sein



# Kulturspezifisch wahrgenommene Darstellung von Symptomen

---

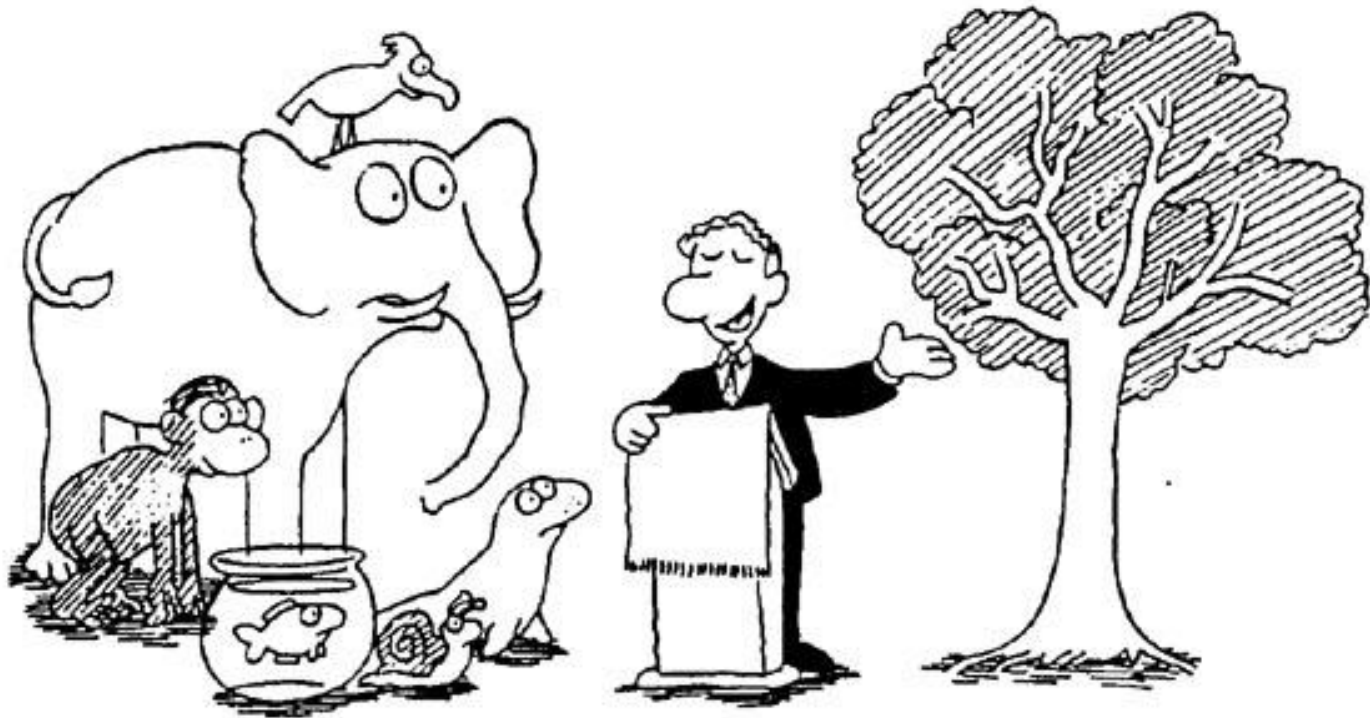
- „Mamma-mia-Syndrom“
- „Morbus mediterraneus“
- „Türkenbauch“
- „Morbus bosborus“
- „Anatolischer Schmerz“

→ aus einer verallgemeinernden klinischen Beobachtung wird schnell ein Vorurteil

→ ungleiche Behandlung von Patient\*innen

# Nicht alle sind gleich

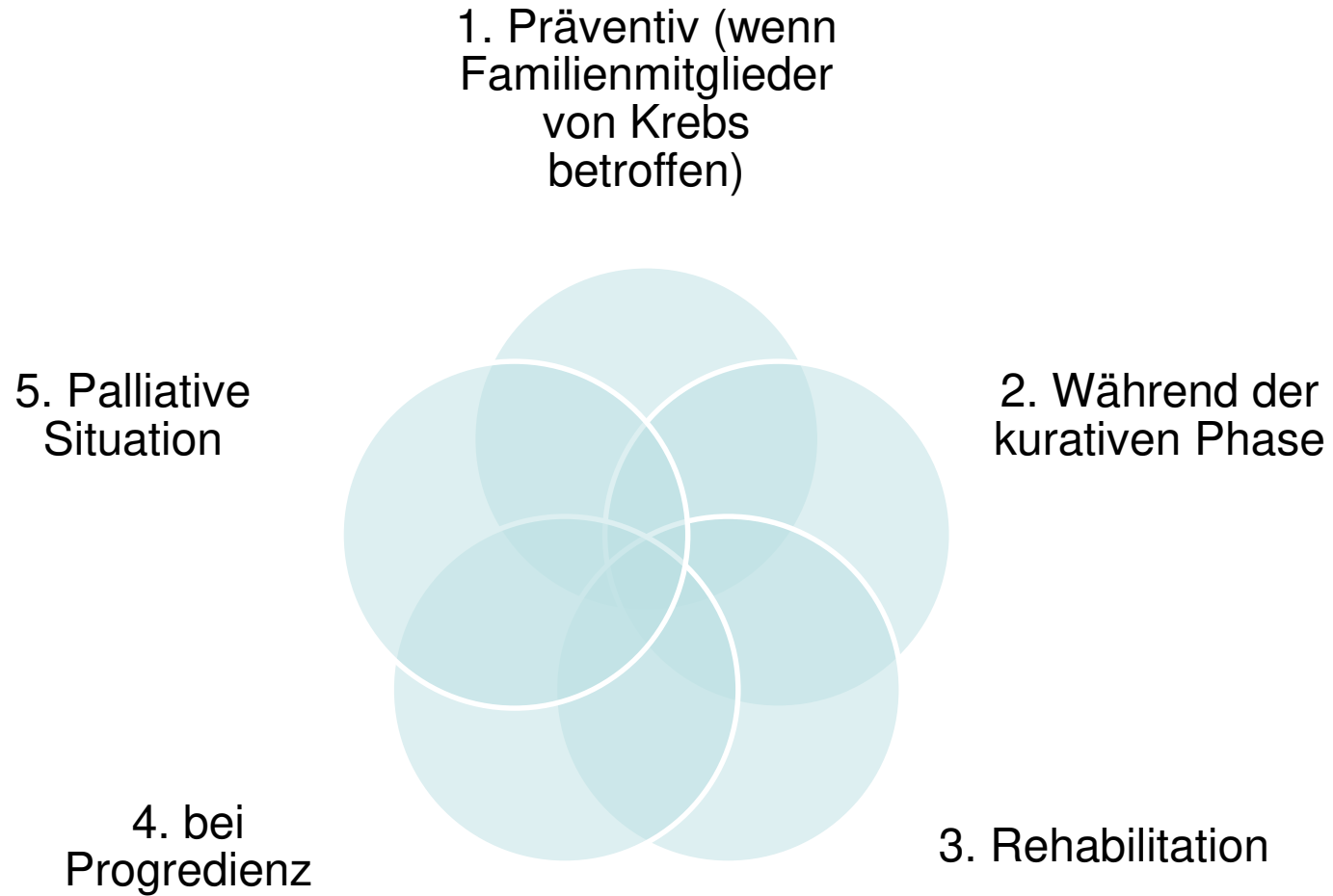
---



»Damit es gerecht zugeht, erhalten Sie alle die gleiche Prüfungsaufgabe: Klettern Sie auf diesen Baum!«

# Phasen der Krebsbegleitung

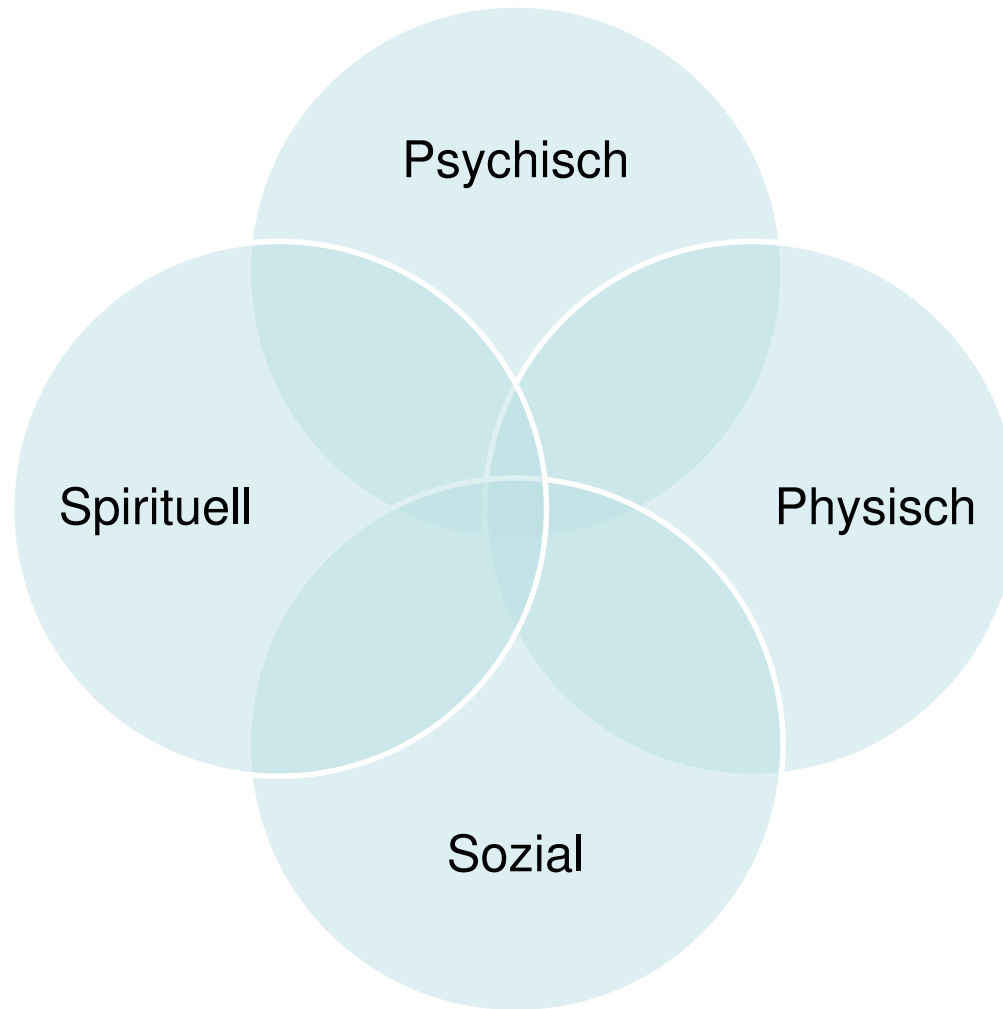
---





# Säulen der Krebsberatung

---



# Merke

---

- Bei migrantisch markierten Betroffenen deutlich häufiger ein Familiensystemischer Ansatz geboten.
- Gut könnte eine Beratung Einzelner durch unterschiedliche Mitarbeiter\*innen sein

# Übersicht

---

1. Migrationsbiographie, Gesundheit, Zugangsbarrieren
2. Kulturgebundene Wertung von Gesundheit und Krankheit
3. Kommunikation: Sprache als Kernelement vieler Schwierigkeiten
4. Transkulturelle Kompetenz

---

# Kulturpaket

In der Unterschiedlichkeit  
liegt bereits die erste  
Gemeinsamkeit

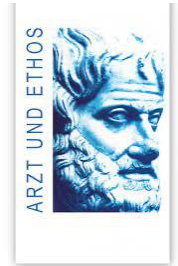
---

# Arztbilder

- Das Verhalten des Arztes wird von verschiedenen Rollenverständnissen bestimmt, vom eigenen sowie von dem der Gesellschaft
- Im Wesentlichen sind zwei Unterschiede: Das Bild des Arztes in der jeweiligen Zeit – also der Istzustand – und das Idealbild des Arztes, wie es von verschiedenen Seiten gewünscht wird
- Ärzt\*innen genießen hohes Sozialprestige



## Arztbilder



## Götter in weiß – Samariter – Partner – Dienstleister

- paternalistisches Verhältnis: väterlich-fürsorglich; der Arzt ist der überlegene Experte. Er entscheidet für den Patienten zu dessen (vermeintlichem) Besten.
- Partnerschaftsmodell: Der Arzt begleitet und berät den Patienten und hilft ihm, zu einer eigenen Bewertung zu kommen. Bei anhaltendem Dissens respektiert er die Patientenentscheidung.
- Konsumentenmodell: sachlich; der Arzt ist in erster Linie der technische Experte. Entscheidungen liegen allein beim Patienten.

# Unterschiedliche Erwartungen

---

- Unterschiedliche Erwartungen an die Ärzt\*innen, Pflegenden, Sozialarbeiter\*innen
- Unterschiedliche Arztbilder (Paternalismus versus informed consent) → **löst bei Patient\*innen oft Misstrauen und Angst aus.**
- Unterschiedliche Schmerzexpression
- Größerer Wert auf Verabreichung von Medikamenten

Schouler-Ocak, Charité Berlin

---

## Prinzip Hoffnung

- Hoffnung zu nehmen ist oft unerträglich
- Patient\*innen dürfen nicht alles erfahren
- Kommunikation über den Tod wird z.T. als Gotteslästerung erachtet
- Für Gläubige steht Gott über allem (speziell im Islam feste Vorstellung davon, dass es für jedes Leid auch Heilung gibt)



# Kulturspezifische Aspekte am Beispiel Depression

---

- Andere Erklärungsmuster für Erkrankung
- In Entwicklungsländern häufiger leibnahe Depression
- Im europäischen Kulturkreis häufiger schwere Verläufe mit Suizidendenzenzen

# Krankheitsursache versus nosologisches System

---

- Speziell im türkisch-arabischen Kulturkreis: Krankheit als ein exogen entstandenes, bedrohliches Ereignis
- Zentrale Frage ist oft: „Wie und warum bin ich betroffen?“
- Für Viele lässt nur Kenntnis der Kausalität Rückschluss auf Therapie und Prognose zu
- Häufig werden volksmedizinische Erklärungsmuster, mystisches Krankheitsverständnis und religiöse Ansätze herangezogen

# Somatisierung psychosozialer Konflikte

---

- „Hwa-Byung“ (Korea), auch als „Feuerkrankheit“ bekannt:
- Epigastrisches Brennen mit weiteren körperlichen Schmerzerscheinungen
- „Sıkıntı“ (Türkei): Thorakale Beschwerden (Enge/Druck/Schmerz), Verstimmtheit und innere Unruhe

Somatisierungsstörung wird oft nicht erkannt

Über- und Unterversorgung → Fehlversorgung

# Mystische Krankheitskonzepte

- „Nazar“ →  
depressive Verstimmung,  
Antriebsschwäche,  
allgemeines Unwohlsein
- „Büyü“ →  
sowohl Schutz- als auch  
Schadenszauber
- „Dschinn“



# Arzt/Ärztin – Patient\*innen Verhältnis

---

Unterschiedliche Erwartungen an die Ärzteschaft:

- Paternalistische Beziehungsmuster dominieren nach wie vor im Mittelmeer- und arabischen Raum aber durchaus auch in weiten Teilen Russlands
- Während autochthon Deutsche mit dem Ärzt\*innen tendenziell auf Augenhöhe kommunizieren wollen, suchen viele Migrant\*innen die Autoritäts-Person, die sagt, wo es lang geht.

**→ „informed consent“ löst bei dieser Patient\*innengruppe eher Misstrauen, Unsicherheit und Angst aus.**

Schouler-Ocak, Charité Berlin

# Psychoonkologische Begleitung

---

- Vielen älteren Migrant\*innen ist aufgrund ihrer Sozialisation aber auch aufgrund ihrer ganzheitlichen Sicht eine psychoonkologische Betreuung fremd
- Kann als Einmischung empfunden werden
- Nicht aufdrängen, kulturalisieren der Themen vermeiden, Fragen anstatt zu mutmaßen
- Besonders vorsichtig, wenn es um die Kommunikation/Aufklärung mit minderjährigen Angehörigen geht

# Aussagen im Kapitel „Onkologie“ des Wissensportals (siehe Folie Literatur)

---

„Die eigenartige **Wahrnehmung der Krankheit „Krebs“** prägt ... **zugleich auch** eine Einstellung zu dieser Krankheit. Die soziale Schichtzugehörigkeit und der damit verbundene Informationsdefizit zum Thema Krebs und deren Entwicklungsstadien bzw. Therapiemöglichkeiten führen oft dazu, dass eine Krebsdiagnose – auf türkisch Kanser – mit einem Todesurteil gleichgesetzt wird und zu einer Paniksituation führt. Die enormen Fortschritte bei der Krebsbehandlung in den letzten Jahren sind oft unbekannt und man geht deswegen bei der Diagnose Krebs von einer schnell zum Tode führenden Krankheit aus. (...) Die Erfahrungen aus der medizinischen Praxis zeigen, dass eine andere Wortauswahl z. B. „Tumor“ anstatt „Krebs“ bei der Patientenaufklärung – falls das medizinisch und ethisch vertretbar ist – noch nützlicher sein kann.

# Palliative Care in der Türkei

---

- Kulturelles Verständnis: Sterbende Familienangehörige gehören nach Hause, um dort in Ruhe und Frieden sterben zu können
- Hospizbewegung, Palliative Care wenig entwickelt
- Keine einheitlichen Strukturen von Pflegediensten vorhanden (Kostenübernahme durch staatl. Sozialversicherungsanstalt nur bei Krebserkrankungen)
- 2009 „Pallia-Türk“ Gesundheitsministerium, Projekt zur Etablierung der Palliativmedizin in allen Städten der Türkei
- 2010 Ege Universität Izmir, erstes Palliative Care-Forschungszentrum mit 10 Betten

Aus: Begleitung und Versorgung kranker und sterbender Erwachsener in der Türkei, Asiye Balikci, Hospiz-Dialog NRW, Oktober 2012/53



# Patient\*innenverfügungen für Muslime

---

Aktuell in Arbeit:

Arbeitskreis Medizinethik und Islam.

In Kooperation mit der FAU-EZIRE

dem Erlanger Zentrum für Islam&Recht in Europa

Und dem Institut für islamische Theologie

# Schmerz – Schnittstelle Kultur

---

- Schmerz nicht allein als eine neurophysiologische Antwort auf einen Gewebsreiz/-schaden
- Schmerz als ein Bio-psychosoziales Phänomen
- Psychischer Schmerz im Angesicht von Leid und Verlust
- Pain is never the sole creation of our anatomy and physiology. It emerges only at the intersection of bodies, minds and cultures (Morris 1991:1).

# Kulturelle Unterschiede?

---

- Tatsächlich ist die Schmerzexpression bei Männern deutlich stärker bei geringfügigen Erkrankungen
- Hingegen Verstummen viele bei ernsthaften schmerzhaften Erlebnissen
- Frauen äußern Schmerzen oft stärker entsprechend der Symptomlast
- Individuelle Unterschiede in einer Nationalität oft größer als zwischen den Nationen
- Auch der Tod und der Sterbende verursachen Schmerz im Gegenüber – auch die Expression von Leid und Verlust ähnlich wie bei leiblichem Schmerz „kulturell geprägt“
- Leid erträgt sich leichter bei gelebtem Leben (Irving Yalom, Existential Psychotherapy, 1980)

# Patient Controlled Analgesia

---

Mehrere interkulturelle Studien<sup>1</sup>, mit postop. Einsatz von PCA zeigen,

- „Südländer\*innen“ benötigen nicht mehr Schmerzmittel als Europäer\*innen
- Schmerzexpression bei Südländer\*innen oft deutlich höher
- Asiat\*innen haben oft einen etwas niedrigeren Verbrauch bei auch deutlich niedrigerer Schmerzexpression

<sup>1</sup> Culture, Brain & Analgesia. Understanding and Managing Pain in Diverse Populations/Mario Incayawar and Knox Todd; Oxford 2013

# Patient Controlled Analgesia – Einsatz

---

## Vorteile:

- Benachteiligung durch das Pflegepersonal aufgrund stereotyper Vorannahmen kann vermindert werden
- Schmerzmittelverbrauch oft niedriger und adäquater

## Nachteile:

- Schmerzlindernde Wirkung durch Pflege/Zuwendung/Kommunikation vernachlässigt

---

# Private und öffentliche Schmerzpräsentation

- Kulturell geprägt
- Stoische Haltung versus extrovertierte Haltung

# Psychologische Mitbetreuung in palliativer Situation

---

- Oft geäußerte Narrative von Krankheit und deren Bedeutung einbeziehen
- „Pain is whatever the experiencing person says it is, and is as bad as they say it is“<sup>1</sup>
- Wahrnehmung und Erleben von Leid nicht in Frage stellen
- Aufklärungspflicht versus Aufklärungszwang
- Auch die Verdrängung aushalten und akzeptieren
- In der Geschwindigkeit der Patient\*innen und ihrer Angehörigen bleiben

<sup>1</sup>McCaffery&Thorpe 1988

# Notwendige Fragen

---

- Welche Behandlung wünschen Sie sich?
- Welche Ergebnisse erhoffen Sie sich?
- Welche Heilmittel haben Sie schon ausprobiert?
- Was fürchten Sie am meisten?
- Worauf hoffen Sie?



---

## Fazit

Medizinethisch sind auch Laienkonzepte in ihren kulturellen Kontexten zu beachten und in die medizinische Ausbildung zu integrieren, wollen wir in einer werteppluralen Gesellschaft den Bedürfnissen unserer Patient\*innen gerecht werden

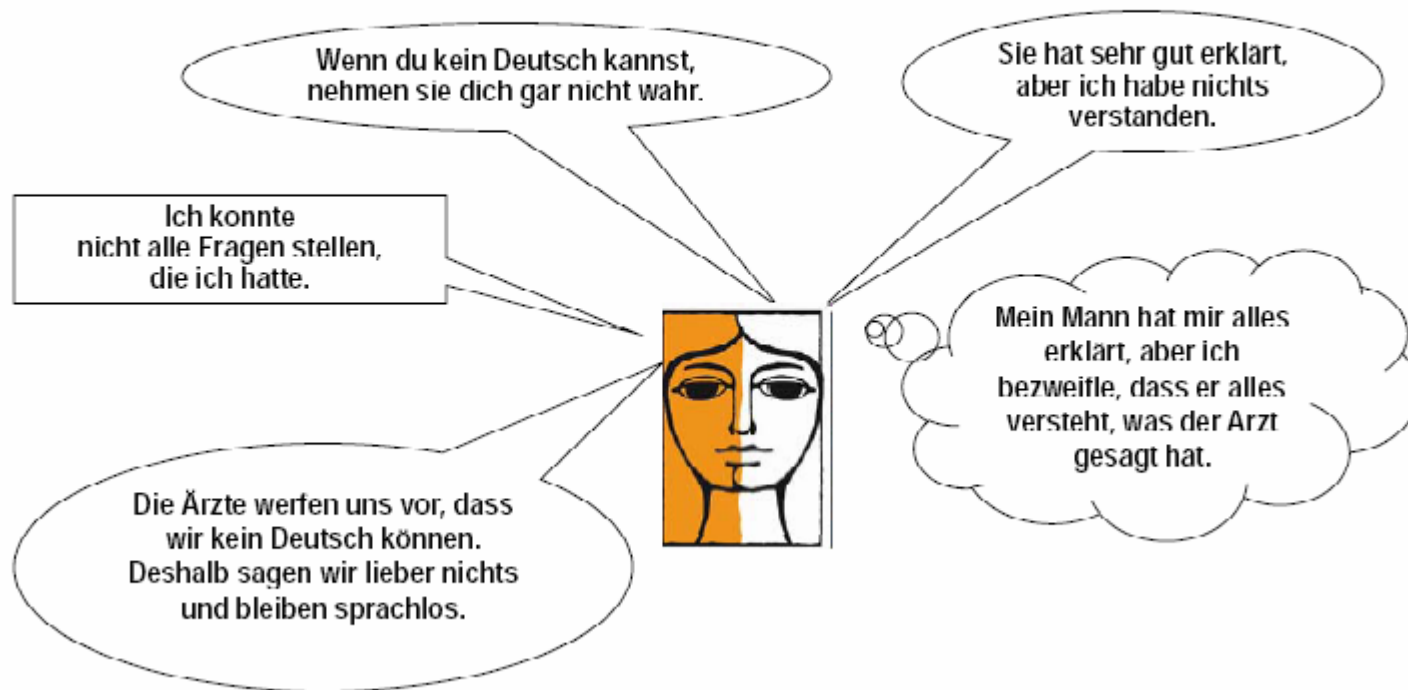
# Übersicht

---

1. Migrationsbiographie, Gesundheit, Zugangsbarrieren
2. Kulturgebundene Wertung von Gesundheit und Krankheit
3. Kommunikation: Sprache als Kernelement vieler Schwierigkeiten
4. Transkulturelle Kompetenz

# Elisabeth Wesselman: Ethiktag zum Problem der Sprachmittlung (T. Borde, Alice Salomon Hochschule Berlin)

## Typische Aussagen nicht (gut) deutschsprachiger Migrantinnen



# Doppelte Sprachlosigkeit im Angesicht von Leid, Sterben und Tod

---

Sprachprobleme können zu einer doppelten Sprachlosigkeit führen, wenn Patient\*innen oder Angehörigen darüber hinaus die Sprachkenntnisse und Worte hinsichtlich dieses Themenfeldes fehlen.

→ Emotionen verankert in der Muttersprache

# Aktuelle Lösungsstrategien bei Sprachbarrieren

---

- Mangel an professionellen Dolmetschern, da Einsatz kostenintensiv
- Als Dolmetscher werden herangezogen:
  - » Kinder
  - » Verwandte
  - » Reinigungskräfte und anderes Klinikpersonal mit Sprachkenntnissen

# Zum Einsatz von Dolmetschern

---

- Wo sitzt der Patient?
- Wo sitzen Sie?
- Wo der Dolmetschende?



# Kommunikation im Krankenhaus bei Sprachdefiziten

---

- unmittelbar zum Patienten sprechen und nicht zum med. Personal
- Herumführen der Patient\*innen auf Station, Zeigen der Aufenthaltsräume, Duschkmöglichkeiten und Toiletten. Vorführen von Fernsehgerät und Telefon
- Austeilen von Bildtafeln mit Abbildungen (von Essen, Trinkglas, Toilette). Sowohl Personal als auch Patienten können darauf deuten und Bedürfnisse anpassen, individuell leichter möglich
- Bild- und Wörterbücher
- Schmerzskalen von „kein Schmerz“ bis „unerträgliche Schmerzen“  
PatientInnen können mit einem Schieber die Schmerzstärke bekannt geben
- Bitte kein „Ausländerdeutsch“ und keine „Kleinkindchenkommunikation“
- Nicht lauter werden im Tonfall, sprachliche Defizite der Migranten nicht auf deren Bildung/sozioökonomischen Status transferieren

# Erweiterte Lösungsvorschläge

---

- Ausbildung und Einsatz von Migrant\*innen, die zu Dolmetscher\*innen und soziokulturellen Vermittler\*innen ausgebildet werden
- Beispiele:
  - » Gemeindedolmetscher\*innen
  - » Integrationsassistent\*innen
  - » Sprach- und Kulturvermittler\*innen



# Übersicht

---

1. Migrationsbiographie, Gesundheit, Zugangsbarrieren
2. Kulturgebundene Wertung von Gesundheit und Krankheit
3. Kommunikation: Sprache als Kernelement vieler Schwierigkeiten
4. **Transkulturelle Kompetenz**

# Transkulturelle Kompetenz

---

- Selbstreflexion
- Hintergrundwissen
- Erfahrungen mit Migrant/innen
- Interesse und Wertschätzung des Patienten
- Flexibilität in der Kommunikationsweise
- Wünschenswert: Einsatz von professionellen Sprachmittlern
- Umfassende kultursensitive Anamnese

# Transkulturelle Anamnese

---

- Als erster Einstieg können ein ehrliches Interesse und/oder die eigene Erfahrungen mit dem Herkunftsland des/der Migranten/Migrantin helfen; diese persönliche, aber dennoch professionelle Ebene kann viel zum Beziehungsaufbau beitragen
- Fragen nach:
  - » Religion
  - » Ritualen
  - » persönlichen Einstellung zu Sterben und Tod
  - » Essensvorlieben
  - » Sprachkenntnisse
  - » Migrationsgeschichte (Krieg/Ökonomie/Minderheit)
  - » Soziale Netzwerke....



## Das Bekannte im Fremden erkennen

---

Wenn die Bedeutung eines Wortes uns nicht fremd ist, erkennen wir was gemeint ist auch wenn etwas fehlt.

„Sie sind fremd und wir wollen Sie nicht hier haben weil uns ihre Absichten unbekannt sind“

(Kafka des Schluß)

# Stereotyp und Vorurteil

---

- vereinfachte, kollektive Bilder + Vorstellungen von bestimmten Gruppen (z.B. soziale, nationale, Berufs-, Alters-, Sprach-Religionsgruppe)
- Zusammenfassung verallgemeinernder Merkmale und Verhaltensweisen
- notwendiger und oft unbewusster Vorgang
- dient der Identitätsstiftung innerhalb einer Gruppe
- **Vorurteil: mit Emotionen und Bewertungen besetzte Stereotype**

## Deshalb

---

Kulturspezifisches Wissen soll keine fertigen Antworten liefern aber es ermöglichen, die richtigen Fragen zu stellen

**Unter aller Gleichheit sollte man auch auf die nicht so offensichtlichen Dinge achten!**

---



# Ein Praxisratgeber: „Das kultursensible Krankenhaus Ansätze zur interkulturellen Öffnung“

---



[http://www.elisabeth-wesselman.de/paper/Das\\_kultursensible\\_Krankenhaus\\_09-02-2015.pdf?nn=670290](http://www.elisabeth-wesselman.de/paper/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.pdf?nn=670290)

(Download)



# Literatur

---

- Ideal und Wirklichkeit einer „kultursensiblen“ Begleitung Schwerstkranker und Sterbender Palliativmedizin und Psychoonkologie aus transkultureller Sicht (S. M. Probst)
- [www.kultur-gesundheit.de](http://www.kultur-gesundheit.de) Wissensportal zu muslimischen Patient\*innen
- Begleitung und Versorgung kranker und sterbender Erwachsener in der Türkei, Asiye Balikci, Hospiz-Dialog NRW, Oktober 2012/53
- Borde T, Schalinski A, Kentenich H. Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. Das Gesundheitswesen 2002; 64(8/9):476–485.
- v. Lersner, U., Baschin, K., Wormeck, I., & Moskö, M. (2013). Kultursensibel – aber wie? Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeut\_innen. Abschlusspublikation des Projekts