

Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan  
Universität Duisburg-Essen  
Fakultät für Geisteswissenschaften

## **Kultursensible Gesundheitsförderung: nice to have oder unverzichtbar?**

### **Einleitung**

Bei einer Zahl von rund 16 Millionen Personen mit Zuwanderungsgeschichte und der jüngsten Fluchtmigration mit rund einer weiteren Million Menschen bekommt die Frage der kultursensiblen medizinischen und psychosozialen Versorgung und Gesundheitsförderung in Deutschland eine neue Dringlichkeit. Diese ist ethisch, medizinisch und wirtschaftlich unabdingbar, um Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen, aber auch Mehrfachdiagnosen und Mehrfachbehandlungen zu vermeiden.

Wenn wir jedoch den Blick auf die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Angebote seitens der Zuwanderer richten, so wird die Disparität der Verteilung recht schnell auffällig: Sie sind stets dort überrepräsentiert, wo es schon zu spät ist, also etwa in Notfallambulanzen, in der Akutversorgung psychiatrischer Institutionen etc., und unterrepräsentiert in Rehabilitationseinrichtungen, Gesundheitsförder- und Präventionsmaßnahmen.

Hierbei sind die spezifischen Gründe für die mangelnde Inanspruchnahmerate recht vielfältig: häufig liegen sie am Informationsmangel über die Strukturen des Gesundheitssystems in Deutschland sowie den unzureichenden Deutschkenntnissen der Zuwanderer, gelegentlich aber auch an Diskriminierungserfahrungen, Angst vor Stigmatisierungen (insbesondere im psychotherapeutisch-psychiatrischem Bereich) sowie der Unsicherheit über die Finanzierung (so etwa bei psychotherapeutischer Behandlung).

Nicht zuletzt sind aber auch institutionelle Barrieren, etwa die mangelnde Öffnung und fehlende Niederschwelligkeit der Gesundheitseinrichtungen hierfür verantwortlich.

Wenn wir den Blick für einen kurzen Augenblick weiten und über Deutschland hinausblicken, so zeigen bspw. kulturvergleichende Studien bereits seit längerer Zeit, dass sich Menschen in gesundheitlichen Aspekten v.a. unter folgenden Hinsichten unterscheiden:

1. Erfahrung von Schmerz,

2. Identifizierung und Bezeichnung von Krankheitssymptomen,
3. Kommunikation über Leiden,
4. Annahmen über die Ursachen der Erkrankung,
5. Erwartungen gegenüber Heilern,
6. Behandlungswünsche (McGoldrick, 1982, S. 6, zitiert in Leyer, 1991, S. 79).

Insofern ließe sich festhalten, dass die Annahme einer Gleichverteilung der Inanspruchnahmerate eine Illusion sei. Andererseits ist die Fokussierung auf kulturelle Differenzen als Erklärung genauso irreleitend. Vielmehr gilt es, sowohl die innerkulturelle Variation als auch die sozialstrukturell unterschiedlichen Verteilungsmuster gesundheitlicher Belastungen zu berücksichtigen. So ist in der gesundheitspsychologischen Forschung bereits länger die höhere Krankheitsanfälligkeit sozial benachteiligter Gruppen, verursacht u. a. durch höhere Stressbelastung, gut belegt (Schwarzer & Leppin, 1989). Und bei Zuwanderern überlappen sich häufig beide Aspekte (kulturelle Differenzen und Zugehörigkeit zu sozial deprivierten Gruppen). So zeigen sie bspw. gegenüber der einheimischen deutschen Bevölkerung deutlich mehr Risikozustände und Gesundheitsbelastungen auf; sind um ein Vielfaches kritischen, stressverursachenden Lebensereignissen ausgesetzt (Firat, 1996; Collatz, 1998).

Von daher kann bei der Deutung der unterschiedlichen Verteilung von Belastungen und Inanspruchnahmeraten das methodische Problem der Konfundierung von ethnischer Zugehörigkeit und sozialer Schicht nicht genug unterstrichen werden: Phänomene, die eventuell nur vor dem Hintergrund unterschiedlicher sozialer Zugehörigkeiten zu verstehen wären, werden unreflektiert ethnisiert und dadurch nicht als ein gesellschaftliches, sondern individuell bzw. kulturell zu verantwortendes Problem kategorisiert, was in Folge ihre Lösung enorm erschwert.

Mit Blick auf Zuwanderer ist festzuhalten, dass hier drei unterschiedliche Belastungsmomente ins Aufmerksamkeitsfeld zu rücken sind:

1. Vor der Migration im Herkunftsland: Wie war die Ernährung? Wie war die frühere Gesundheitsversorgung? (haben notwendige Impfungen etc. stattgefunden?); Sind regional bedingte erhöhte Häufigkeiten bestimmter Erkrankungen zu berücksichtigen etc.?

2. Während der Migrationsphase: Welche Belastungen sind durch Akkulturationsstress, durch erlebten Rassismus, durch die Trennung der Familien etc. entstanden?

3. Im Aufnahmeland: Welche Fremdheitsgefühle werden empfunden? Welche sprachlichen und rechtlichen Benachteiligungen gibt es? Wie sind die Arbeits- und Wohnbedingungen von Zuwanderern? (Vgl. Spallek & Zeeb, 2010)

Aus einer ökopyschologischen Perspektive hängt die Frage, wie gut generell die Belastungen eines Wechsels des Lebensortes bewältigt werden, unter anderem davon ab, mit welchen Erwartungen und welcher Motivation Menschen sich zur Auswanderung entscheiden, welche Hoffnungen und Träume, aber auch Ängste an eine Auswanderung gekoppelt sind und ob es vorbereitende Maßnahmen in den Herkunftsländern gegeben hat, die kompetenzfördernd und stressmindernd wirken (Berry, 1997). Neben früheren Erfahrungen mit Ortswechseln in der Heimat ist nicht zuletzt die familiäre Situation und die damit einhergehende soziale Unterstützung für die Bewältigung des Stresserlebens ein wichtiger Faktor. So gibt es in der Literatur übereinstimmende Befunde, die zeigen, dass Personen, die mit Familien umziehen, die Situation besser bewältigen als Alleinstehende oder Geschiedene, weil insbesondere in der ersten Phase durch die innerfamilialen Solidarpotenziale der Stress gelindert wird; ein Aspekt, der bspw. in der gegenwärtigen Flüchtlingsintegration mit Blick auf die Wohnortzuweisung nicht nur aus integrationstheoretischer, sondern auch aus gesundheitsförderlicher Perspektive angemessen berücksichtigt werden müsste.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Folgendes ist für eine künftige bessere Versorgung von Zuwanderern bzw. ethnischen und kulturellen Minderheiten im Lande unerlässlich:

- Die Berücksichtigung unterschiedlicher Bedürfnisse von Patienten mit anderen kulturell-religiösen Herkunftsn, wie etwa Waschungs- und Gebetsräume oder schweinefleischfreie Kost für muslimische Patienten.
- Einsatz von Dolmetscherdiensten und Bereitstellung von fremdsprachigen Infomaterialien (so etwa in den am häufigste vorkommenden Sprachen von Zuwanderern wie etwa Türkisch, Russisch, Polnisch, Arabisch, Serbokroatisch etc.), aber auch multilinguale Beschilderung im Krankenhausgelände).

- Gerade für größere Krankenhäuser scheint die Implementierung einer Stelle eines Integrationsbeauftragten, der als zentraler Ansprechpartner und Gestalter von Diversity-Maßnahmen fungiert, höchst sinnvoll zu sein.
- Wir brauchen eine stärkere Einbindung von Migrantenselbstorganisationen (MSO) in die Pflege und Gesundheitsversorgung sowie die Öffnung und aktive Anwerbung von Personen mit Zuwanderungsgeschichte im Pflegebereich.
- Interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenzen müssen bereits in der Ausbildung von Gesundheitsberufen einen zentralen Platz im Curriculum haben; denn von dieser interkulturellen Öffnung werden nicht nur die Patienten profitieren, weil ihnen effektiv und schneller geholfen wird, eher eine einvernehmliche Behandlungs- und Therapieformen gefunden wird, sondern auch den Mitarbeitern, weil Kommunikations- und Interaktionsprozesse glatter ablaufen. Somit können Fehldiagnosen, Fortschreibung von Falschdiagnosen, Fehl- und Mehrfachbehandlungen, Chronifizierungen durch verspätete Erkennung des Leidens eher vermieden werden.
- Die interkulturelle Öffnung muss getragen und durchgesetzt werden von der Leitungsebene, von den Mitarbeitern auf den Stationen, die tagtäglich in Kontakt mit den Patienten sind und sie muss natürlich angenommen werden von den Patienten.
- Anerkennung ausländischer Abschlüsse in Pflege- und Gesundheitsberufen.
- Stärkerer internationaler Austausch sowie die Etablierung von Forschung zu interkulturellen Fragestellungen in der Gesundheitsförderung.

## Literatur:

- Berry, J. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-34.
- Collatz, J. (1998). Kernprobleme des Krankseins in der Migration - Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In M. David, Th. Borde, H. Kentenich (1998)(Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 33-59). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Firat, D. (1996). *Migration als Belastungsfaktor türkischer Familien*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Leyer, E. M. (1991). *Migration, Kulturkonflikt und Krankheit*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Spallek, J. & Zeeb, H. (2010). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In Th. Hegemann & R. Salman (Hg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 58-68). Bonn: Psychiatrie Verlag.