

Praxisalltag in Mehrkulturen-Stadträumen

„Ich verstehe nicht so gut ...“

Verstädterte Gebiete, überregionale Oberzentren und Metropolen gelten als Hot Spots für Innovationen, Expansionen und Networking. Aufgrund dieser Vorteile gegenüber wirtschaftlichen Periphereräumen wirken sie mit zahlreichen pull-Faktoren auf auswärtige Bevölkerungsgruppen. Deshalb sind auch die Migrationseffekte in Verstädterungsgebieten und wirtschaftlichen Wachstumsräumen überproportional höher als anderswo. Das hat erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und den Praxisalltag.

>> Für die medizinische Behandlung im niedergelassenen Bereich löst das gleichermaßen für Ärzte und Patienten mehrere emotionale Hürden aus. Das sich ohnehin im Wandel befindliche Arzt-Patient-Rollenmuster erhält über die wachsende Bedeutung der Menschen in Deutschland mit Migrationshintergrund eine zusätzliche Hürde im Behandlungskontext. Verschiedenste Patientenklitel mit unterschiedlichen Sprachkenntnissen und kulturellen Gewohnheiten treffen auf Ärzte in Ballungsräumen, mit zumeist überfüllten Wartezimmern, Zeitdruck und unterschiedlichsten Voraussetzungen bzgl. kultureller Empathie. Ein Arzt in Verstädterungsgebieten muss heute archetypisch mehr sein als nur „wissender“ Mediziner oder vermeintlicher Heiler; er benötigt ne-

ben seiner medizinischen Kundenkompetenz zusätzliche Kenntnisse in Betriebswirtschaft, Psychologie und auch Pädagogik.

Zuwanderungsland Deutschland und medizinische Versorgung

Seit Ende des Zweiten Weltkriegs ist das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland ein Netto-Zuwanderungsland, d.h., die jährlichen Zahlen der Zuzüge übertreffen deutlich die jährlichen Zahlen der Fortzüge über die Grenzen des Bundesgebietes (Abb.1). Die Vereinten Nationen verorten Deutschland im „International Migration Report 2017“ mit über 12 Mio. Migranten zahlenmäßig an dritter Stelle hinter den USA und Saudi-Arabien. Auch in

relativer Betrachtung (Zuwanderungen pro Kopf der Wohnbevölkerung) nimmt Deutschland als Flächenstaat hinter kleineren Ländern wie Israel, Schweiz oder Kuwait einen Spitzenplatz ein. Das ist demographisch ein Fakt, auch wenn reaktionäre Sichtweisen gelegentlich anderes behaupten.

In der Bevölkerungsökonomie sind allerdings nicht nur die Absolutzahlen der Migration entscheidend (Abb. 1), sondern die nachhaltigen Effekte für Bevölkerung, Wirtschaft, Gesellschaft und Alltagskultur, zumal die meisten grenzüberschreitenden Wanderungen in jungen Jahren erfolgen. Entsprechend dem sog. „Espenshade-Theorem“ der demographischen Prognoseforschung sind die Kinder und Kindeskiner der einstmal-

(netto) zugewanderten Menschen für Gesellschaften langfristig effektiver als die Zuwanderung selbst. Denn wären Menschen vormals nicht zugewandert, würden die Kinder und Kindeskiner gar nicht geboren worden, wären manche Generationen zahlenmäßig in der Besetzung deutlich schwächer besetzt.

In Ländern wie den USA, Kanada und Australien wird solches demographisches Basiswissen seit Jahren berücksichtigt und Migrationspolitik ist gleichermaßen Teil der Integrationspolitik. Das ist in der Bundesrepublik nur bedingt der Fall, wird doch in der Öffentlichkeit hauptsächlich der Blick auf die Zuwanderungszahlen und die Ausländeranteile gelenkt. Beides Zahlen, die nur bedingt Realitäten abbilden: Nicht jeder Ausländer ist ein Migrant, nicht jeder Migrant Ausländer usw. Unter diesen Bedingungen sind Zahlen über Herkunftsländer stets mit Vorsicht zu bewerten.

Hilfreich ist die Betrachtung der Menschen mit Migrationshintergrund, da hier auch Folgegenerationen, unabhängig von der (variablen) Staatsbürgerschaft berücksichtigt werden. Menschen mit einem statistischen Migrationsstatus sind Personen, die entweder selbst der Bundesrepublik zugewandert sind oder zumindest einen Elternteil haben, der dies in der Vergangenheit getan hatte. Dabei ist auch hier zu beachten, dass sich diese Personengruppe heterogen aus unterschiedlichen Generationen sowie regionalen, ethnisch-kulturellen, religiösen und sozialen Mustern zusammensetzt. Die Auswirkungen auf die Adaption heimischer Ernährungsgewohnheiten, Lebensstile,

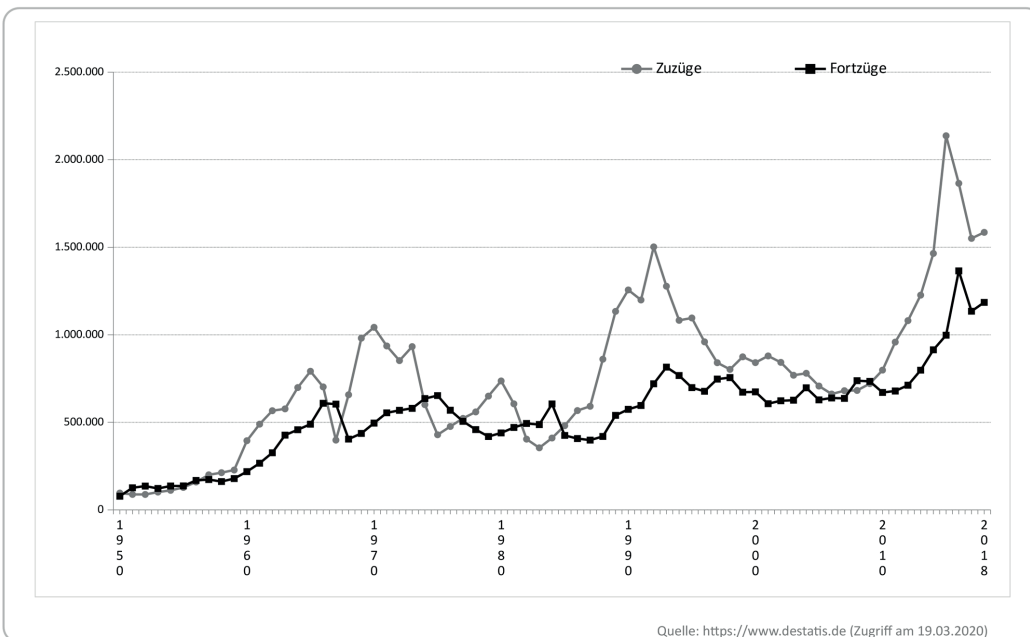


Abb. 1: Entwicklung der Zu- und Fortzüge über die Grenzen des Bundesgebietes

Quelle: <https://www.destatis.de> (Zugriff am 19.03.2020)

Bildung und auch Gesundheitsvorsorge differenzieren entsprechend stark. Insgesamt gelten ca. 2/3 der aktuell als Personen mit Migrationshintergrund definierten Menschen als selbst eingewandert und ca. 1/3 in Deutschland geborene. Regionale Herkunftsschwerpunkte sind nach wie vor die Türkei, die Länder der ehemaligen GUS, Nahost (inkl. Syrien und Irak) sowie der extrem heterogene EU-Binnenraum.

Laut Statistischem Bundesamt hat im Jahr 2018 jede vierte in Deutschland lebende Person einen Migrationshintergrund. Eine Zahl, die sich auch mit zahlreichen demographischen Bevölkerungsdekompositionen deckt, die davon ausgeht, dass ohne die erfolgten (Netto-)Zuwanderungen und die später verwirklichten Kinder heute mindestens 25% weniger Menschen in Deutschland leben würden.

Die Verteilung der Menschen mit Migrationshintergrund ist regional höchst unterschiedlich: In den meisten Kernstädten und wirtschaftlichen Gunsträumen des früheren Bundesgebietes liegt der Anteil bei 40% und mehr. Laut Sozialraumanalyse auf Basis amtlicher Daten (2018) zeigt sich, dass die meisten Einwohner mit Migrationshintergrund erwartungsgemäß in den größeren Städten leben: Berlin (795.390), München (423.740), Hamburg (310.540), Köln (232.280), Frankfurt am Main (227.845) und Stuttgart (162.280), um nur einige Städte zu nennen. Die Konzentration ist der sogenannten Kettenwanderung geschuldet, was bedeutet, dass sich Migration auf die Orte konzentriert, wo bereits Angehörige und Personen aus demselben Herkunftsland ansässig sind. Der Bevölkerungsanteil ohne deutsche Staatsangehörigkeit macht in Berlin und den meisten Großstädten Westdeutschlands 18% und mehr aus, was auf einen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund um 50% und mehr schließen lässt.

Stellt man den Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte der Verteilung der Einwohner mit Migrationshintergrund gegenüber, dann ergeben sich im Jahr 2018 annähernd 48.672 berufstätige Mediziner

mit Migrationshintergrund, was bei 392.402 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland einem Anteil von 12,4% entspricht. Insgesamt 5.549 in Deutschland praktizierende Ärztinnen und Ärzten stammen aus der Türkei, Syrien, Irak und Afghanistan. Rein rechnerisch entspricht dies bei 2.726.965 Türken, Syrem, Afghanen und Irakern einem Arzt/Einwohner-Verhältnis von 491 Einwohnern aus diesen Herkunftsländern auf einen Arzt aus einem dieser islamisch geprägten Länder. Unter Beachtung des Migrationshintergrunds und dass ein Großteil der aus dem Ausland stammenden Ärzte im stationären Sektor zum Einsatz kommt, wird die Relation deutlich ungünstiger ausfallen.

Praxisalltag im „Glasscherbenviertel“

Wird der Maßstab sozialräumlicher Betrachtungen noch kleinräumiger gezogen, dann wird erkennbar, dass es auch in Agglomerationen Stadtgebiete mit traditionell starken Zuwanderungseinflüssen gibt. Hier treffen mehrere Kulturen massiv aufeinander und auf mehr oder weniger vorbereitete Arztpraxen. Das erzieherische Ideal vom (gegenseitigen!) interkulturellen Lernen und Verstehen hat in solchen Regionen noch viel Luft nach oben.

Ein herkömmliches Verharren in den gelernten Schemen verhilft weder Arzt nach Patient zu einem effektiven Praxistermin. Fehlt neben dem interkulturellen Verständnis für das Gegenüber auch noch die Sprachkompetenz, können beide Parteien nicht über kulturell bedingte Tabus wie Sexualität u.ä. sprechen. Auch diverse Indikationen aus Fachbereichen wie Urologie, Infektiologie (HIV), Dermatologie und nicht zuletzt die Hausarztpraxen mit zahlreichen tabuisierten Alltagsbeschwerden sind davon betroffen.

In zahlreichen Kundenstudien konnte K&A BrandResearch unter Anwendung des K&A Psychodramas® bei Allgemeinmedizinern und Fachärzten nachweisen, dass emotionaler Stress in Praxen überproportional multi-ethnisch geprägter Stadtteile oft auch ein Problem

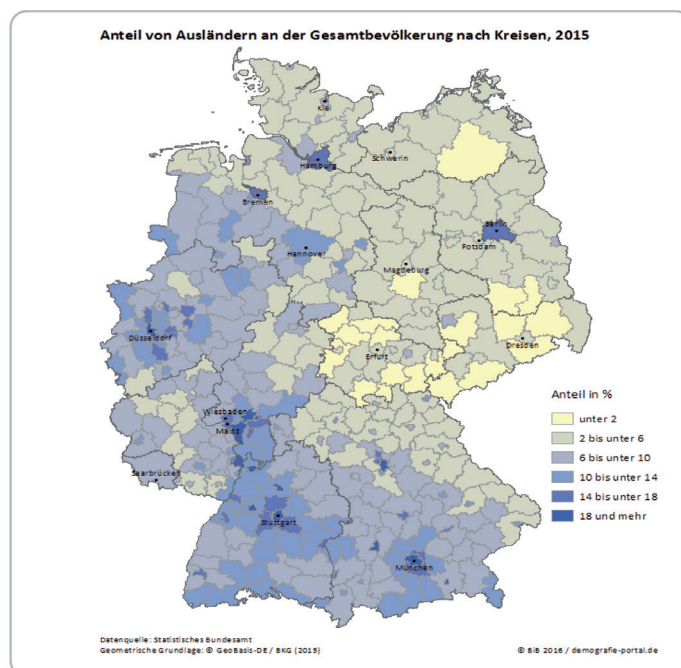


Abb. 2: Anteil von Ausländern an der Gesamtbevölkerung in den Kreisen

des interkulturellen Verstehens ist, und das nicht nur in sprachlicher Hinsicht. Der starke Kontextbezug dieser Analyse-Methode und der Einsatz von Rollenspiel-Technologien macht für Ärzte den Praxisalltag und die Bewältigung durch intuitive Routinehandlungen und Stereotypisierungen nacherlebbar und liefert Lösungsstrategien für HealthCare-Dienstleister und Pharmahersteller aus dem experimentellen Kontext heraus. Im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten unterschiedlicher kultureller Hintergründe lassen sich verschiedenste Barrieren von Seiten der Ärzte aufzeigen, aber auch motivierende Ansätze für eine verbesserte Adhärenz bei Patienten mit Migrationshintergrund.

Scham und kulturell bedingte Tabus sind die bedeutendsten Behandlungsvorbehalte und emotional belastend für Arzt und Patient. Die palpatorische Erstuntersuchung bzw. das Abhören mit dem Stethoskop unter Entkleidung der Patienten sind immer noch Beispiele für kultursensible Situationen. Schambesetzte Untersuchungen führen insbesondere bei Frauen mit islamischem Hintergrund zu gegenseitigen Irritationen und damit zu Mehraufwand im Praxisalltag: „Ich kann diesen Frauen nicht sagen, sie sollen den

Oberkörper freimachen, damit ich sie abhören kann. Sie wollen genau wissen, an welcher Stelle ich das Stethoskop ansetze. Und dann machen sie auch nur diese Stelle frei.“ Unterschiedliche Rollenbilder und Schamgefühle betreffen selbstverständlich auch Männer: Hautscreening im Rahmen der Krebsvorsorge bei einer Dermatologin sind ähnlich tabuisiert wie eine fachärztliche Besprechung einer erektilen Dysfunktion.

Aufgrund der schnellen Ablauforganisation vieler Praxen ist kulturell bedingte Scham ein oftmals zu leichtfertig bagatellisiertes Phänomen, das jedoch nachhaltig Einfluss auf die Compliance und die ärztliche Therapiewahl hat. Im Rahmen eines Psychodramas wurde in einem prototypischen Spontanrollenspiel mit Orthopäden ein Therapiegespräch zwischen Arzt und einer Osteoporose-Patientin aus dem islamischen Kulturkreis nachgespielt. Der Arzt empfahl in der Arztrolle der von einem anderen Arzt gespielten Patientin im Beratungsgespräch eine Sonnenexposition zur Anregung der Vitamin-D-Produktion über die Haut, was aus Patientensicht einem Kulturschock gleichkommt. Das Tragen einer ‚Hidschab‘ (Kopftuch) ist ein Bestandteil der Normenordnung des Islam und in einigen is-

lamischen Ländern sogar religiöse Pflicht. Zusätzlich wirkt die von einem männlichen Arzt ausgesprochene Empfehlung eines Sonnenbades eher befremdlich auf die Patientin mit religiöser Prägung, wie es in Folge einer psychodramatischen Nachbearbeitung des Rollenverhaltens die Ärzte selbst antizipiert hatten. Auch wenn die Botschaft des Arztes zur Verhaltensänderung medizinisch motiviert und gut gemeint war, stößt ein kulturfremder Arzt an seine Verständnissgrenzen, was sich wiederum nachteilig auf die Adhärenz und seine damit unerfüllte Selbstwirksamkeitserwartung auswirkt.

Sprachliche Barrieren betreffen alle Indikationen. Inhaltliche Simplifizierungen und bewusst einfach gehaltene Sprachcodes sind eine häufig angewendete (unbewusste) Strategie der Ärzte, wenn das Verständnis-GAP zwischen Behandler und Patient aufgrund der Sprachkenntnisse besonders groß ist. Auch Ärzte sind Menschen und fallen teilweise in psychodramatischen Experimenten aufgrund nicht ausreichender interkultureller Schulungen in Stereotype wie die Anwendung des „Ausländerdeutsch“. So hatte der verzweifelte Erklärungsversuch eines Arztes hinsichtlich der Anwendung eines Inhalators den Arzt in psychodramatischen Rollenspielen dazu veranlasst, das Medikament nach der Bedienfreundlichkeit des Inhalators auszuwählen und nicht nach den Wirkvorteilen des zugrundeliegenden Präparats. Der Arzt und das Praxispersonal sahen sprachlich einfach keine Chance, dem fremdsprachigen Patienten einen erklärungsbedürftigen Inhalator sachdienlich zu erklären. Und was im Psychodrama spontan als Praxisalltag nachgespielt wird, entspricht oft der (unbewussten) Realität!

Die zahlreichen Verständigungshürden und Dissonanzen im interkulturellen Verstehen wurden auch in einer repräsentativen Case-Control-Studie des RKI (2015) mit türkisch-stämmigen und deutschen Krankenhauspatientinnen nachgewiesen: Aufklärungsgespräche von Stationsärzt*innen wurden vielfach

nicht verstanden. Bei den türkisch-stämmigen Patienten konnte sogar ein Informationsverlust der 262 getesteten Patientinnen festgestellt werden: Vor dem Aufklärungsgespräch gaben 62% dieser Patientinnen die Diagnose und 71% die Therapie richtig an. Nach der Patientenaufklärung konnten das nur noch 55% bzw. 66% korrekt wiedergeben. Ein solcher Effekt wurde in der Kontrollgruppe bei den deutschen Patientinnen (n = 317) nicht festgestellt.

Kultureller Wandel und „unmet needs“

Für ein optimiertes Arzt-Patient mit Migrationshintergrund-Verhältnis bestehen folglich noch zu überwindende Barrieren und auf Seiten der Arztpraxen in Stadtteilen mit hohen Zuwanderungsanteilen durchaus auch „unmet needs“. In mehreren K&A-Studien mit Kinder- und Allgemeinärzten stellte sich beispielsweise der verlängerte Zeitaufwand für ein Erstgespräch bei Schutzimpfungen als emotional stark belastend heraus. Pro migrationsbedingten Spezialfall wird mit einer Verdoppelung des herkömmlichen Zeitaufwands für Erstgespräche gerechnet, was pro Woche mehrere Stunden zusätzlichen Zeitaufwand bedeutet. Solche Behandlungskontexte stellen nicht nur einen beträchtlichen ökonomischen Faktor dar, sondern die Ärzte sehen bei unzureichender Aufklärung auch rechtliche Probleme: *„Als Arzt dürfen Sie sich nicht über Sprachbarrieren hinwegsetzen. Die Impfung ist ja juristisch eine Körperverletzung, ... sie müssen wissen, was wir machen mit ihrem Kind“* (Pädiater-Originalzitat nach Rollenspiel-Analyse, K&A Psychodrama® 2016).

Insgesamt bieten sich hier zahlreiche Chancen für multinational agierende Pharmahersteller. Über iterative Entwicklungsprozesse im Wechsel von psychodramatischen Motiv- und Bedürfnisanalysen mit Healthcare Professionals und begleitenden Kreativworkshops mit dem verantwortlichen

Management plus Kreativagentur lassen sich effizient kontextbezogene Strategien für optimale Kundenbetreuung im multiethnischen Umfeld entwickeln. Über Konzeptionen werden praxisrelevante Umsetzungen und Services-Angebote erarbeitet, die für Pharmahersteller Customized Services in sozialräumlich besonders bedürftigen Arztpraxen erlauben.

Generell ist jeder Service dem Arzt willkommen, der emotional und organisatorisch entlastet. Neben mehrsprachigen Sprachmittler-Apps, die kostenfrei auch regionale Minderheiten-Sprachen abdecken (z.B. Kurdisch, Aramäisch, Amazigh) sind alle sprachlich-interkulturellen Hilfen in Arztpraxen erwünscht, die Routineabläufe vereinfachen. Allein in Afghanistan werden über 200 verschiedene Sprachen und Dialekte gesprochen (neben Dari, Farsi und Pashtu). Solche Sprachmittlertools können auch seltenere Erkrankungen berücksichtigen und interaktiv visualisieren. Bei Bedarf sollten auch interkulturelle Schulungen für das Praxispersonal angeboten werden, die einesteils die Betreuungskompetenz in Praxen erhöhen und gleichzeitig auch „mehr emotionale Nähe für das vermeintlich Fremde“ entwickeln. Gerade die medizinische Versorgung und proaktiv handelnde Pharma-Hersteller können in diesem Kontext noch stärker ihrer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden und

ein positives role model in multi-ethnischen Sozialräumen abgeben.

Fazit: Verbesserter Praxisalltag im Zuwanderungsland

Deutschland ist ein Zuwanderungsland – und wird das – solange der wirtschaftliche Erfolg anhält – auch bleiben. In der Generationenbetrachtung wird sich die Gesellschaftskultur dadurch weiter und noch stärker verändern. Kulturen sind dynamisch und der Wandel findet überall statt: In der Fußball-Nationalmannschaft, in Schulen, im Gesundheitssystem ...

Der Praxisalltag im niedergelassenen Bereich wird davon genauso betroffen sein. Schon jetzt sind Allgemeinpraxen thematisch heterogen und werden in Zukunft kulturell noch heterogener bzw. individualisierter ausfallen. Die Bedarfe der Ärzte und des Praxispersonals werden in multikulturell geprägten städtischen Sozialräumen nicht weniger.

Gemeinsam mit Fachpersonal entwickelte multi-ethnische Ansätze können pragmatische Hilfestellungen für einen effektiveren und auch verständnisvolleren Praxisablauf liefern. Praxisbezogene Customized Services wirken zudem vertrauensbildend auf die Wahrnehmung der Dienstleister, die sich bewusst für ein besseres Miteinander von Praxispersonal und Patienten engagieren. <<

Autoren

Dr. Uwe Lebok ist CMO bei K&A BrandResearch. Er ist seit 2005 im Vorstand und dort verantwortlich für Marketing und Vertrieb. Er kam 1999 zu K&A, wo er zunächst für die branchenübergreifende Kundenbetreuung zuständig war. Heute unterstützt er vor allem mittelständische Unternehmen mittels researchbasierter Markenstrategien.



Dr. Thomas Weid ist Senior BrandConsultant bei K&A BrandResearch, u.a. mit dem Schwerpunkt Kundenzufriedenheitsstudien. Er ist seit 1997 in der Healthcare-/Pharmamarktforschung im nationalen und internationalen Bereich tätig, einschließlich 2 Jahre als Expatriate in Mexiko Stadt.



Kontakt: info@ka-brandresearch.com