

Transkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis

Bedürfnisse, Mittel, Wirkung

Fabrice Althaus^a, Patricia Hudelson^b, Dagmar Domenig^c, Alexander R. Green^d, Patrick Bodenmann^e

Quintessenz

- Die Betreuung von Migranten und ausländischen Patienten stellt wegen Verschiedenheit in Epidemiologie, Kultur und Sprache eine besondere Herausforderung für die medizinische Praxis dar. Hinzu kommen oft Probleme, die mit der Migration als solcher oder der sozioökonomischen Situation zusammenhängen.
- Transkulturelle Kompetenz (TKK) beruht auf Einstellungen, Kenntnissen und Know-how, dank derer der Arzt Patienten mit unterschiedlichem soziokulturellem Hintergrund und Sprache gut betreuen kann.
- Dank transkultureller Kompetenzen ist man eher in der Lage, Migranten und Ausländer richtig zu betreuen und die Gefahr von Ungleichheiten im Zugang zu medizinischen Leistungen, deren Qualität sowie im Umgang mit dem Gesundheitszustand zu mindern.
- Der Nutzen solcher zusätzlicher Kompetenzen beschränkt sich nicht nur auf Patienten mit Migrationshintergrund. Eine solche Weiterbildung führt den Arzt dazu, seine Praxis zu hinterfragen und die Betreuung aller Patienten zu verbessern, seien es Einheimische, Migranten oder Ausländer.

Einleitung

Wie wir im ersten Beitrag dieser Artikelfolge ausführlich dargelegt haben, sind Migranten ein wichtiger Teil unserer Bevölkerung in der Schweiz. Auch in Zukunft wird Migration in unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle spielen, nur schon wegen der demographischen Alterung [1]. Projektionen sagen voraus, dass die Zahl der Migranten weltweit von heute 200 Millionen auf 1 Milliarde im Jahr 2050 ansteigen wird, dies hauptsächlich wegen Klimaveränderungen, welche grossflächig «Naturkatastrophen» nach sich ziehen werden [2]. In einem Land wie der Schweiz, wo man es mit einer Vielzahl verschiedener soziokultureller und sprachlicher Gruppen zu tun hat, ist es ganz wichtig, dass man mit Patienten verschiedenster Herkunft richtig arbeiten kann. Bei einer solchen Vielfalt ist es eine spezielle Herausforderung, auf jeden einzelnen Patienten einzugehen; es verlangt von den Ärzten Anpassungsfähigkeit in ihrem Verhalten sowie situationsgerechte Kenntnisse und Know-how. Anders gesagt: Es verlangt von ihnen, dass sie transkulturelle Kompetenzen für ihr ärztliches Handeln erwerben.



Fabrice Althaus

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

Definition transkultureller Kompetenzen (TKK) in der Klinik

Nach dem Konzept von Domenig bedeutet transkulturelle Kompetenz die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten

in der besonderen Situation und unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechend angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene Prägungen und Vorurteile und haben die Fähigkeit, die Perspektiven anderer zu erfassen und zu deuten. Sie vermeiden Kulturalisierung und Stereotypisierung bestimmter Gruppen. Transkulturelle Kompetenz besteht im Kern aus der Fähigkeit zu kompetenter Interaktion mit Migranten über kulturelle Grenzen hinweg. Sie stützt sich auf drei Pfeiler: *Selbstreflexion*, *Hintergrundwissen* und *Erfahrung* sowie *narrative Empathie*. Fachpersonen müssen zuerst lernen, ihre eigene Lebenswelt in einem Prozess der *Selbstreflexion* wahrzunehmen. Erst dann sind sie fähig, individuelle Lebenswelten von MigrantInnen besser einzuordnen und zu verstehen. *Hintergrundwissen* und *transkulturelle Erfahrungen* helfen zusammen mit der *Selbstreflexion*, MigrantInnen und ihre Lebensgeschichten besser zu verstehen. *Narrative Empathie* schliesslich legt Gewicht auf eine wertschätzende, respektvolle Haltung gegenüber MigrantInnen, die eigene Vorurteile, Rassismen und diskriminierende Handlungen reflektiert und Narration in den Mittelpunkt der Behandlung und Pflege stellt. *Selbstreflexion* und *narrative Empathie* fördern eine gute *Beziehungsgestaltung* und den erfolgreichen *Einbezug individueller Lebenswelten*. *Selbstreflexion*, die Aneignung von *Hintergrundwissen* und der *Einbezug* von interkulturellen Erfahrungen fördert nicht nur die allgemeine *Sensibilisierung* für interkulturelle Fragen, sondern auch die Entwicklung von mehr *Selbst-Bewusstheit* bei Fachpersonen. *Hintergrundwissen* und *Erfahrung* fördern zusammen mit *narrativer Empathie* die Erweiterung der Anamnese auf *Erklärungsmodelle* der PatientInnen; dadurch kommen *Aushandlungsprozesse* über Diagnose und Bezeichnung, Ursache und Behandlung einer Krankheit in Gang [3].

^a Médecin-assistant, Responsable de Recherche, Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

^b Anthropologue médicale, PhD, Hôpitaux Universitaires de Genève

^c Suppléante du Directeur et Responsable du Département Santé et Intégration, Croix-Rouge Suisse, Wabern, PhD, MLaw

^d MD, MPH, Associate Director, The Disparities Solutions Center, Senior Scientist, The Institute for Health Policy, Massachusetts General Hospital, Chair, Cross-Cultural Care Committee, Harvard Medical School, Boston, USA

^e Médecin associé, MER, MSc, Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

Zusammenfassend beruht transkulturelle Kompetenz in der Klinik auf Einstellungen, Kenntnissen und Know-how, die den Fachmann im Gesundheitswesen in die Lage versetzen, Patienten verschiedenster Herkunft eine gute Gesundheitsversorgung zu gewährleisten [4]. Obschon man heute unter transkultureller Kompetenz in der Klinik oft einfach ein auf die Einzelperson fokussiertes Vorgehen versteht, sind doch gewisse Kompetenzen spezifisch bei der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund von Bedeutung [5–7]. Selbstverständlich berücksichtigt man weitere Merkmale, die Gesundheit, gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitsversorgung beeinflussen, wie Geschlecht, Alter, Sozialstatus, Behinderungen und sexuelle Orientierung [8].

Geschichtliches aus der jüngeren Vergangenheit

Unsere bewusster Wahrnehmung des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit ist der Ethnopsychiatrie zu verdanken. Georges Devereux in der Mitte des 20. Jahrhunderts in Frankreich und später Tobie Nathan hatten – neben anderen – grossen Anteil an der Erarbeitung der Grundkonzepte [9].

In der Schweiz begann sich zu Beginn dieses Jahrtausends die Erkenntnis durchzusetzen, dass transkulturelle Kompetenzen für die Klinik vermittelt werden sollten; dies geschah etwa zur selben Zeit, als das BAG zum ersten Mal seine Strategie «Migration und Gesundheit» 2002 bis 2007 veröffentlichte. Wissenschaftliche Arbeiten in Zusammenhang mit Drogenpolitik und Migration führten zur Erarbeitung der ersten Konzepte für einen solchen Unterricht [10, 11]. Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) begann sich ab Ende der 90er Jahre für diese Problematik zu interessieren. Die damals eingerichteten Ausbildungskurse wandten sich in erster Linie an Pflegepersonen, sei es direkt in den Spitälern, seien es die Ausbildungskader in der Grundausbildung oder Fortbildung. Bisher hat das SRK fast 5000 Fachleute im Gesundheitswesen während 360 Kurs- tagen ausgebildet. Zusätzlich hat es zahlreiche Ausbildungsmodul geschaffen. Diese Module haben zum Ziel, den Fachleuten im Gesundheitswesen bewusster zu machen, durch welche Faktoren sie in ihrer Wahrnehmung beeinflusst werden. Das sollte sie in die Lage versetzen, die Situation des Gegenübers zu begreifen und richtig zu interpretieren (siehe unter www.transkulturelle-kompetenz.ch).

Die Idee der transkulturellen Kompetenz hat unter den Pflegenden eine beachtliche Verbreitung gefunden, wobei allerdings anfänglich die gleiche Skepsis zu überwinden war, wie sie heute unter den Ärzten zu beobachten ist. Kürzlich haben Initiativen wie *Migrant-Friendly Hospitals* (MFH) zur Entwicklung von Strategien auf europäischer Ebene geführt (Amsterdamer Erklärung von 2004) [12], was auch bei schweizerischen Netzwerken und Vereinigungen (*Health Promotion Hospitals* [HPH] und H+) Spuren hinterlassen hat [13]. Die

Polikliniken der Universitäten von Lausanne [14] und Genf [15] führen seit 2000 im Rahmen der Weiter- und Fortbildung Studiengänge in transkultureller Kompetenz durch. Seit 2004 werden auch im Rahmen der Ausbildung Kurse angeboten.

Wozu sich transkulturelle Kompetenzen für die Klinik aneignen?

Die verschiedenen theoretischen Inhalte seien im Folgenden anhand eines mehrteiligen **klinischen Fallbeispiels** illustriert.

Herr Fonza (fiktiver Name) ist ein 57-jähriger Patient aus Lecce, Italien. Er wanderte 1970 in die Schweiz ein. Seit mehr als 15 Jahren ist der Vater von drei Kindern (Alter 26, 27 und 30 Jahre) geschieden. Er wendet sich zur weiteren Betreuung an die allgemeine Sprechstunde der medizinischen Universitätspoliklinik Lausanne, weil sein bisheriger Hausarzt in Pension gegangen ist.


Bei der ersten Konsultation stellt man als Hauptdiagnosen ein Vorhofflimmern sowie ein schweres metabolisches Syndrom. Ferner leidet Herr Fonza an Schlafapnoe und COPD bei chronischem Tabakkonsum. Zudem stellt der Arzt noch einen Risikoalkoholkonsum und mögliche Anzeichen einer Depression fest.

Wie wir im ersten Beitrag dieser Artikelfolge ausführlich dargestellt haben, ist der Gesundheitszustand der Migranten generell weniger gut als derjenige der Schweizer. Wie kann man die medizinische Betreuung von Migranten und ausländischen Patienten verbessern und die Unterschiede im Gesundheitszustand verringern?

Dazu braucht es einen breiten Ansatz. Verschiedene Faktoren wie die Lebensumstände vor der Migration, die Erlebnisse bei der Migration selbst, die sozialen Bedingungen und das Ausmass der Integration hier in der Schweiz, rechtliche Rahmenbedingungen und die Einstellung des Gastlandes Migranten gegenüber sind alles Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben können und an denen man arbeiten



sollte, obschon es oft schwierig ist [16]. Wie geht es nun mit der medizinischen Betreuung weiter?

Der Arzt schlägt Herrn Fonza eine Konsultation beim Diabetesspezialisten vor und spricht das Thema Alkohol kurz an. Trotzdem ist der weitere Verlauf ungünstig; die Glykohämoglobinwerte verschlechtern sich, und die mittelschwere Depression mit dem Risikotrunkverhalten bleibt bestehen.

Es gibt zahlreiche Hürden auf verschiedenen Ebenen, die einer guten medizinischen Versorgung im Wege stehen. Schematisch kann man sie in Hindernisse beim Patienten, beim Therapeuten und beim System einteilen. In Tabelle 1  sind einige davon aufgezählt.

All diese Hindernisse zusammen beeinträchtigen den Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung. Transkulturelle Kompetenz hilft, solche Barrieren beim

Es gibt zahlreiche Hürden auf verschiedenen Ebenen, die einer guten medizinischen Versorgung im Wege stehen

Therapeuten, teilweise auch beim System abzubauen. Dem Patienten kann besseres Wissen über Gesundheit helfen, die Hindernisse auf seiner Seite abzubauen. Abbildung 1A  soll diese Schwierigkeiten sichtbar machen und Abbildung 1B  helfen, den Wert transkultureller Kompetenzen besser zu verstehen.

Transkulturelle Kompetenz in der Klinik lehren und erlernen

Der Arzt von Herrn Fonza entschliesst sich, etwas genauer zu überprüfen, wie gut sein Patient überhaupt Französisch versteht, obschon er eigentlich zunächst den Eindruck hatte, dass dies kein Problem sei. Er erhebt auch eine genauere Anamnese über die Umstände der Migration. Auf der theoretischen Ebene vergewissert er sich, dass bei der Behandlung von Diabetikern bei Italienern keine grösseren Unterschiede gegenüber unseren Gepflogenheiten bestehen. Hingegen stellt er fest, dass Migranten verglichen mit der einheimischen Bevölkerung ein erhöhtes Depressionsrisiko bei der Pensionierung haben.

Als Herr Fonza sein Migrantenschicksal und seine allmähliche Integration hier in der Schweiz beschreibt, gesteht er, dass er eigentlich nie richtig Französisch gelernt habe und nicht richtig verstehe, wie er seine Medikamente einnehmen müsse. Er sagt, dass er sich deswegen schäme und es vorher nie gewagt habe, mit seinem Arzt darüber zu reden.

Allmählich spricht Herr Fonza auch darüber, wie er sich seinen Ruhestand in Lecce, seiner Heimatstadt, im Kreise seiner Angehörigen vorgestellt habe. Nun ist er zu der Erkenntnis gekommen, dass er wohl nie nach Lecce zurückkehren wird und sich auf eine Pensionierung in der Schweiz einrichten muss. Der Arzt schlägt ihm vor, sein Alkoholproblem intensiver anzugehen, da er weiss, dass bei diesem Migranten ein hohes Risiko besteht, in eine schwere Depression abzugleiten, und dass dieses Risiko durch das zusätzliche Alkoholproblem noch erhöht wird. Hingegen möchte er keine antidepressive Therapie beginnen, da er befürchtet, mit zusätzlichen Tabletten nur noch mehr Verwirrung zu stiften und die korrekte Einnahme der oralen antidiabetischen Therapie zu gefährden.

Ziel bei der Vermittlung transkultureller Kompetenzen für die Klinik ist es, zur Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung beizutragen und Unterschiede abbauen zu helfen. Hauptziele sind:

Tabelle 1. Hürden, die Migranten und Personen ausländischer Herkunft bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen entgegenstehen.

Beim Patienten
Sprachliche Schwierigkeiten
Mangelnde Kenntnisse über das hiesige Gesundheitssystem
Finanzielle Probleme (Franchise, Fehlen einer Krankenversicherung)
Druck des Arbeitgebers (Sprechstundenzeiten)
Fehlendes Gesundheitswissen
Fehlendes Vertrauen zum Arzt
Furcht vor Denunzierung (bei illegalem Status)
Beim Leistungserbringer
Fehlende transkulturelle Kompetenz
Lücken in den theoretischen medizinischen Kenntnissen (spezifische Erkrankungen und Behandlungen)
Fehlendes Bewusstsein über den eigenen Hintergrund (persönlich und fachlich)
Tendenz zu Stereotypen und Stigmatisierung
Beim System
Fehlende statistische Daten über migrierende Patienten oder Patienten ausländischer Herkunft
Fehlende oder ungenügende Dolmetscherdienste und Dienste für soziokulturelle Vermittlung
Fehlen geeigneter Information (Signalisierung, Dokumentation)
Gesundheitspersonal hat relativ einheitlichen soziokulturellen Hintergrund
Mehr Technik und weniger Kommunikation in der Medizin
Genereller Druck in Richtung mehr Effizienz in der Medizin
Einschränkende rechtliche Rahmenbedingungen

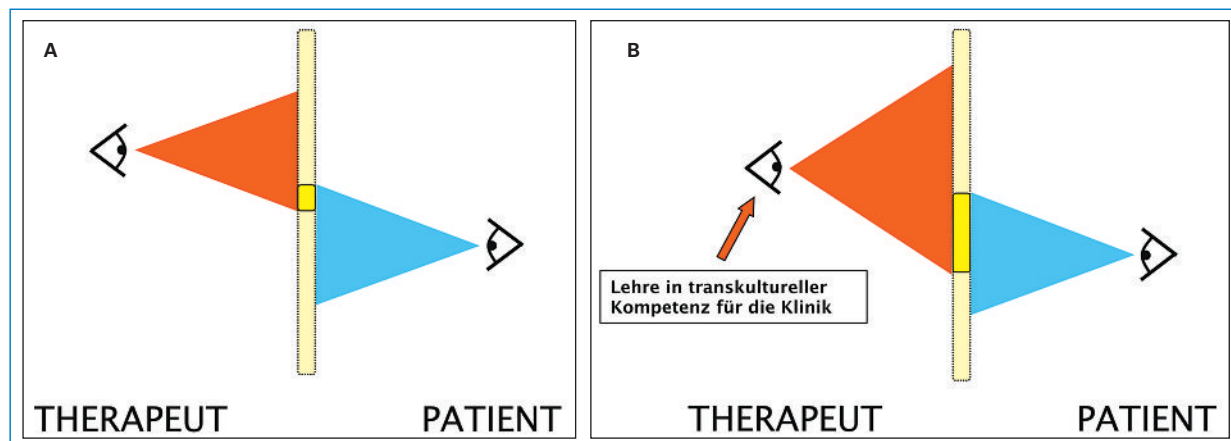


Abbildung 1

A Schematische Darstellung der Wahrnehmung einer klinischen Situation (bezüglich medizinischer Kenntnisse, Erscheinungsbild der Krankheit, sprachlicher Kenntnisse, Erwartungen und Werte). Blickfeld zwischen Patient und behandelnder Person.

B Das gemeinsame Blickfeld ist dank besserer transkultureller Kompetenz des Arztes grösser geworden (Verbesserung der medizinischen Kenntnisse, Verständnis für das Erscheinungsbild der Erkrankung, Hilfe durch einen Übersetzer oder Dolmetscher, Erkundung der Erwartungen des Patienten, bessere Übereinstimmung der Werte).

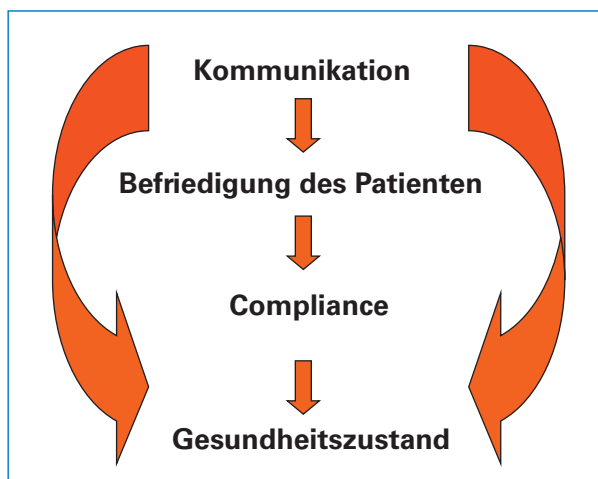


Abbildung 2
Stufen zwischen Kommunikation und Gesundheit beim Patienten
(nach J. R. Betancourt [20]).

1. Einstellungen der Therapeuten gegenüber ihren Patienten mit Migrationshintergrund verbessern (*Persönlichkeitsbildung*)

Das erreicht man dadurch, dass man sich über seinen eigenen soziokulturellen Hintergrund klar wird und sich Rechenschaft über die Vorurteile und Stereotypen gibt, die man mit der Zeit entwickelt hat. Damit sollen wir verstehen lernen, wie das alles unser Verhalten gegenüber unseren Patienten allgemein und unseren Patienten mit Migrationshintergrund speziell (positiv oder negativ) beeinflusst und was die Folgen für die Betreuung unserer Patienten sind.

2. Bessere theoretische medizinische Kenntnisse erwerben (*Wissen*)

Solche Kenntnisse sind wesentlich, wenn wir es mit Patienten aus anderen Ländern zu tun haben, wo die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen sich stark von derjenigen in der Schweiz unterscheidet (z.B. Diabetes, Tuberkulose, posttraumatischer Stress) oder wo gewisse Krankheiten häufig vorkommen, die bei uns unbekannt sind (z.B. Malaria, Chagas-Krankheit, Leishmaniose). Auch über die Behandlung dieser Krankheiten, mit denen wir hier kaum je konfrontiert sind, muss man im Bild sein. Ferner muss man berücksichtigen, dass die Wirkung bestimmter Medikamente wie Antihypertensiva und orale Antidiabetika sich je nach Herkunft des Patienten stark unterscheiden kann. Weiter fällt in diesen Bereich die Kenntnis darüber, wie soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit einwirken und wie wichtig diese sind. Es gibt zahlreiche Beispiele dafür, dass ein Teil der beobachteten gesundheitlichen Unterschiede auf soziale Unterschiede zurückzuführen sind [17, 18].

3. Entwicklung von *Know-how* bei den Therapeuten zur Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund

Vor allem die Entwicklung der Kommunikationskompetenz ist für die Verbesserung des *Know-how* entscheidend. Der Zusammenhang zwischen besserer

Kommunikation und besserer Gesundheit wurde bereits vor rund zehn Jahren durch das englische Team von Dr. Stuart in einer grundlegenden Studie gezeigt [19]. Abbildung 2 illustriert die verschiedenen Schritte zwischen Kommunikation und Gesundheit des Patienten. Bei diesem bei allen Patienten entscheidenden Vorgang in der Arzt-Patienten-Beziehung sind im transkulturellen Kontext Dialog (Einbezug einer Drittperson, die übersetzt), die Suche nach dem für den Patienten gültigen Erklärungsmodell für die Erkrankung, das Verhandeln über Behandlung und Nachsorge, das Meistern von Konflikten durch unterschiedliche Erwartungen sowie das Offenlegen der beiderseitigen Erwartungen bezüglich Behandlungsergebnis spezifisch.

Tabelle 2 resümiert, über welche Fähigkeiten in Persönlichkeitsbildung, Wissen und *Know-how* der Absolvent einer Ausbildung in transkultureller Kompetenz in der Klinik am Schluss verfügen sollte.

Auswirkungen, gegenwärtige und zukünftige Bedürfnisse


Wenn wir auch überzeugt sind, dass dieser Ansatz für den Alltag im Umgang mit Migranten oder Ausländern und darüber hinaus auch mit allen anderen Patienten wichtig und nützlich ist, müssen wir uns gewisse grundlegende Fragen zur Instruktion von Therapeuten in transkultureller Kompetenz stellen, nämlich [20–22]:

- Nehmen die Therapeuten das auf, was man ihnen beibringen will?
- Wenden sie es an?
- Hat es schliesslich einen Einfluss auf die Gesundheit der Patienten?

Der Einfluss der TKK-Lehrgänge auf Einstellungen, Wissen und *Know-how* des Arztes, auf die Zufriedenheit der Patienten und deren Compliance sowie schliesslich deren Gesundheitszustand muss systematisch evaluiert werden. Es gibt viele Wege, eine Antwort auf diese Fragen zu finden, wie z.B. Tests mit Wissensfragen vor und nach dem Lehrgang, qualitative Interviews bei Ärzten und Patienten, Aktenstudium oder detaillierte Auswertung von gefilmten Konsultationen. Dank einer systematischen Literaturschau aus dem Jahr 2007 durch ein Team aus Baltimore, USA, geleitet von Mary Catherine Beach, weiss man, wie gesichert die Beweislage hinsichtlich Wirkung des Unterrichts in TKK zurzeit ist [23]. Man hat hieb- und stichfeste Beweise dafür, dass diese Lehrgänge das Wissen der im Gesundheitswesen tätigen Fachleute verbessern; ebenfalls gute Beweise, dass sie deren Fähigkeiten und Einstellungen verbessern. Weiter gibt es gute Beweise dafür, dass die Patientenzufriedenheit sich verbessert. Schwach ist die Beweislage hingegen noch bezüglich Einfluss auf die Patientencompliance. Bis heute ist in keiner Studie versucht worden, den direkten Einfluss der TKK-Lehrgänge auf die Gesundheit der Patienten zu evaluieren. Es ist auch sehr viel schwieriger zu zeigen, wieweit ein solcher Einfluss besteht. Hier wird in den nächsten Jahren eines unserer wichtigsten Forschungsziele in diesem Bereich liegen.

In der Schweiz besteht hier noch ein grosser Nachholbedarf, und die Kapazitäten, um diesen abzudecken, sind eher bescheiden. Wie so oft ist es nicht einfach, diese Bildungsinhalte sinnvoll in die Aus-, Weiter- und Fortbildung zu integrieren. Die Empfehlungen des Berichts von Christian Rüefli zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit zielen in diese Richtung [24]. Der Ausbau von professionellen Dolmetscherdiensten und deren Finanzierung ist einer der wesentlichsten Punkte in diesem Bericht.

Ein weiterer interessanter Ansatz ist es, Informations- und Lernmaterial auf dem Internet zur Verfügung zu stellen (*e-learning*). In der Schweiz existieren erst

sehr wenige Sites; die meisten Initiativen im Bereich transkulturelle Kompetenz stammen aus Amerika. In Tabelle 3  haben wir einige Quellen aus der Schweiz und den USA aufgelistet. Darunter gibt es Angebote, anhand derer man sich allgemein und neutral über bestimmte Kulturen orientieren kann, andere bieten ganze Lehrgänge für transkulturelle Kompetenz in der Klinik an; Letztere sind in der Regel kostenpflichtig und bieten die Gelegenheit, mit virtuellen Patienten verschiedenster Herkunft Konsultationen durchzuspielen. Aufgrund der Erfahrung von Marc-André Raetzo, der eine Site zur Fortbildung für Allgemeinmediziner ins Netz gestellt hat [25], denken wir, dass solche Initiativen durchaus auch an unsere schweizerischen Verhältnisse adaptiert werden könnten.

Schlussfolgerungen

Ärzte, die sich transkulturelle Kompetenzen aneignen, sollten in der Lage sein, ihre Patienten mit Migrationshintergrund oder aus dem Ausland noch kompetenter zu betreuen und so zur Chancengleichheit und Verminderung gesundheitlicher Benachteiligungen beizutragen. Neben der für den Veränderungsprozess notwendigen Bewusstseinsbildung (oder Persönlichkeitsbildung) werden auch theoretische Kenntnisse (Wissen) und kommunikative Fähigkeiten vermittelt. Dies hat positive Auswirkungen auf die Betreuung aller Patienten, seien es Einheimische, Migranten oder Ausländer.

Dank

Für ihre aufmerksame Durchsicht des Manuskripts und die wertvollen Verbesserungen danken wir Herrn Prof. Jean-Bernard Daepfen, Lausanne, und Frau Sophie Paroz, Lausanne.

Korrespondenz:

Dr. Patrick Bodenmann
Médecin associé, MER, MSc
Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables (UPV)
Policlinique Médicale Universitaire
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
patrick.bodenmann@hospvdp.ch

Empfohlene Literatur

- Domenig D. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Transkulturelle Kompetenz Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2007:165–89.
- Hudelson P, Stalder H. Sociocultural diversity and medical education. Rev Med Suisse. 2005;1:2214–7.
- Green AR, Betancourt JR, Carrillo JE. Integrating social factors into cross-cultural medical education. Acad Med. 2002;77:193–7.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

Tabelle 2. Beispiele für Persönlichkeitsbildung, Vermittlung von Wissen und Know-how im Unterricht für transkulturelle Kompetenz [8].

Persönlichkeitsbildung

Der Arzt akzeptiert, dass es zu seiner Verantwortung gehört, sich bei der Patientenbetreuung um die sozialen und kulturellen Aspekte zu kümmern.

Wissen

Kenntnisse über den Einfluss soziokultureller Faktoren auf das, was der Patient glaubt und tut, auch im gesundheitlichen Bereich.

Der Arzt kennt soziale, ökonomische und kulturelle Hürden, die den Patienten daran hindern, ärztliche Hilfe zu suchen oder den Anweisungen zu folgen.

Der Arzt kennt häufige Ursachen von Missverständnissen zwischen Arzt und Patient.

Der Arzt gibt sich Rechenschaft über seine eigenen Fehl- und Vorurteile über bestimmte Patienten und deren Auswirkungen auf die Patientenbetreuung.

Spezifische Kenntnisse über das Migrationsphänomen (Demographie, Epidemiologie, rechtliche Grundlagen, Arten von Bewilligungen, Unterstützungsmöglichkeiten für Migranten).

Know-how

Fähigkeit, effizient mit Hilfe eines Dolmetschers zu arbeiten.

Fähigkeit, soziokulturelle Faktoren, die bei der Betreuung eines Patienten eine Rolle spielen könnten, zu identifizieren und näher zu untersuchen.

Fähigkeit, einen Behandlungsplan aufzustellen, der die soziokulturellen Voraussetzungen des Patienten berücksichtigt, und die Fähigkeit, wenn nötig mit dem Patienten darüber zu verhandeln.

Tabelle 3. Wichtige Quellen im Internet zu TKK (konsultiert im Juli 2009).

Land	Art der Quelle	Adresse
Schweiz	Site des Schweiz. Roten Kreuzes. Definitionen, Daten einschlägiger Kurse. Ein Programm zum e-learning für TKK ist in Vorbereitung	http://transkulturelle-kompetenz.ch
USA	Medizinische und kulturelle Informationen über verschiedene Gruppen von Einwanderern und Flüchtlingen	http://ethnomed.org
USA	Leitfaden für Ärzte für eine qualitativ gute Betreuung von Patienten aus fremden Kulturen	http://erc.msh.org
USA	Programm zum e-learning für TKK. Teilweise gebührenpflichtig	http://qualityinteractions.org
USA	Programm zum e-learning für TKK. Teilweise gebührenpflichtig	http://thinkculturalhealth.org

Transkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis: Bedürfnisse, Mittel, Wirkung

Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale: quels besoins, quels outils, quel impact?

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Bodenmann P, Diserens EA, Marguerat-Bouche I, Callens B, Monod S. Migrants forcés âgés: vulnérabilités, complexité et propositions. *Gériatrie Pratique* 2009;30-3.
- 2 Virilio P, Depardon R. *Terre Natale: Ailleurs commence ici*. Paris: Fondation Cartier pour l'art contemporain; 2008.
- 3 Domenig D. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: *Transkulturelle Kompetenz Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 2, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2007:165-89.
- 4 Domenig D. *Trankulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber; 2007.
- 5 Betancourt JR. Cultural competency: providing quality care to diverse populations. *Consult Pharm*. 2006;21:988-95.
- 6 Betancourt JR. Cultural competence – marginal or mainstream movement? *N Engl J Med*. 2004;351:953-5.
- 7 Domenig D. Transcultural change: a challenge for the public health system. *Appl Nurs Res*. 2004;17:213-5; discussion 5-6.
- 8 Hudelson P, Stalder H. Sociocultural diversity and medical education. *Rev Med Suisse*. 2005;1:2214-7.
- 9 *Ethnopsychiatrie: site du centre Georges Devereux*. (Accessed June 2009, at <http://www.ethnopsychiatrie.net/>.)
- 10 Domenig D, Gross CS, Wickler H-R. *Studie Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft*. Schlussbericht: Institut für Ethnologie und Bundesamt für Gesundheit, EDMZ; 2000.
- 11 Domenig D. *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. Bern: Verlag Hans Huber; 2001.
- 12 *Site Migrant Friendly Hospital*. (Accessed June 2009, at <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>.)
- 13 *Site Health Promoting Hospital*. (Accessed June 2009, at <http://www.healthhospitals.ch/>.)
- 14 Bodenmann P, Madrid C, Vannotti M, Rossi I, Ruiz J. Migration without borders, but... barriers of meaning. *Rev Med Suisse*. 2007;3:2710-2, 4-7.
- 15 Hudelson P. Contextualizing cultural competence training of residents: results of a formative research study in Geneva, Switzerland. *Med Teach*. 2006;28:465-71.
- 16 Schenk L. Migration and health – developing an explanatory and analytical model for epidemiological studies. *Int J Public Health*. 2007;52:87-96.
- 17 Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661-9.
- 18 Green AR, Betancourt JR, Carrillo JE. Integrating social factors into cross-cultural medical education. *Acad Med*. 2002;77:193-7.
- 19 Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*. 1999;3:25-30.
- 20 Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O, 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003;118:293-302.
- 21 Betancourt JR. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med*. 2003;78:560-9.
- 22 Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Ann Intern Med*. 1999;130:829-34.
- 23 Beach MC, Price EG, Gary TL, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care*. 2005;43:356-73.
- 24 Ruefli C, Vatter B. Possibilités de soutenir les médecins de famille dans la prise en charge de patients d'origine migrante. Résultat des travaux de deux focus groups. In: *Berne: Office fédéral de la santé publique*; 2008.
- 25 *Virtual Internet Patient Simulation*. 2006. (Accessed June 2009, at <https://www.swissvips.ch/fr/index.htm>.)