



## **BESCHWERDEN – ANAMNESE – BEFUND**

**BERND MEYER (JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ)**

### **Sprachbarrieren, patientenzentrierte Kommunikation und partizipative Entscheidungsfindung, oder: Tapiwa kommt zum Bluttest**

**Montag 21.01.2019, 13.15–13.45 Uhr**

#### **ABSTRACT**

Kommunikation gilt mittlerweile allgemein als zentraler Faktor für den Behandlungserfolg. Dementsprechend wird in der Mediziner Ausbildung das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM) favorisiert. SDM geht von einem patientenzentrierten Aushandlungsprozess aus, in dem beide Parteien offen alle Informationen bezüglich Behandlungsoptionen, Ansichten und Überzeugungen bezüglich der Krankheit und ihrer Therapie austauschen (Balint 1969, Charles et al. 1997).

Wie Suurmond & Seeleman 2006 jedoch feststellen, lässt sich dieses Modell nicht ohne weiteres auf einen interkulturellen oder mehrsprachigen Kontext übertragen. Diese Autoren identifizieren in ihrer Analyse vier Barrieren für ein SDM-Modell im interkulturellen Kontext: Ärzte und Patienten teilen nicht dieselben sprachlichen Fähigkeiten und Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit, beide erliegen unterschiedlichen Rollenerwartungen und schließlich führen Vorurteile und Stereotypen dazu, dass beide Teilnehmer nicht in unbelasteter Weise miteinander kommunizieren. Sprachliche und kulturelle Barrieren führen also dazu, dass nicht alle Informationen und Optionen dargelegt werden und tendenziell eher in paternalistischer Weise kommuniziert wird.

Anhand eines Fallbeispiels aus einem südafrikanischen Gesundheitspostens wird in diesem Beitrag aufgezeigt, wie zentrale Konzepte der Arzt-Patienten-Kommunikation mit institutionellen Handlungsstrukturen und generell den sozialen Bedingungen der Gesundheitskommunikation kollidieren können (Anthonissen 2010, Bührig & Meyer 2015). In diesem Beispiel sucht ein junger Wanderarbeiter aufgrund von Blasenschmerzen einen Gesundheitsposten auf und willigt im Gespräch mit einer Beraterin für HIV-Infektionen in einen Bluttest ein. In der Transkription dieses kurzen Informations- und Einwilligungsgesprächs wird deutlich, dass der Patient schon aufgrund seiner eingeschränkten Sprachkenntnisse (er kommt aus Lesotho) sein Anliegen nur in Ansätzen vorbringen kann und sich letztlich den institutionellen Maxi-

men (alle neuen Patienten werden auf eine HI-Infektion getestet) unterwirft. In der Diskussion gehe ich der Frage nach, wie patientenzentrierte Kommunikation unter den Bedingungen sprachlicher und kultureller Vielfalt sowie vor dem Hintergrund sozialer Ungleichheit aussehen könnte.

#### **LITERATUR**

Anthonissen, C. (2010) Managing linguistic diversity in a South African HIV/AIDS day clinic. In B. Meyer & B. Apfelbaum (eds.) 2010 Multilingualism at Work: from policies to practices in public, medical and business settings. John Benjamins: Amsterdam. pp. 107-139.

Balint, E. (1969) The possibilities of patient-centred medicine. In: Journal of the Royal College of General Practitioners, 17, 269-276.

Bühlig, K. & Meyer, B. (2015) Ärztliche Gespräche mit MigrantInnen. In: Albert Busch & Thomas Spranz-Fogasy (Hg.) Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin: de Gruyter, 300-316.

Charles, C., Gafni, A. & T. Whelan (1997) Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine, 44, 681-692.

Suurmond, J. & C. Seeleman (2006) Shared decision-making in an intercultural context – Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. Patient Education and Counseling, Volume 60, Issue 2, 253-259.