Die Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und
Integration

Das kultursensible Krankenhaus

Ansätze zur interkulturellen Öffnung

Die Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und
Integration

Das kultursensible Krankenhaus

Ansätze zur interkulturellen Öffnung

PRAXISRATGEBER

erstellt vom bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Unterarbeitsgruppe Krankenhaus

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort ... 4
von Aydan Özoğuz

Grußwort ... 6
von Marie-Luise Müller

Grußwort ... 8
von Gesine Dannenmaier

Einführung ... 10

Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ... 12

A Gesundheit von Migrantinnen und Migranten ... 17

B Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern ... 23

C Steuerung des Öffnungsprozesses ... 25

D Handlungsfelder der interkulturellen Öffnung ... 33

I Kommunikation ... 35

II Aus-, Fort- und Weiterbildung ... 51

III Unterstützende Serviceangebote ... 61

IV Qualitätsmanagement ... 69

V Öffentlichkeitsarbeit ... 77

VI Vernetzung ... 81

Fazit 84

Literatur 85

Anhang: Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus benötigt eine(n) Migrations-/ Migranten- oder Integrationsbeauftragte(n) 90

Die Autorinnen und Autoren 96

Verzeichnis der Praxisbeispiele 98

VORWORT

von Aydan Özoğuz

Menschen mit unterschiedlichen Einwanderungsbiographien machen einen wachsenden Anteil an der Bevölkerung aus. Ihre gesundheitliche Situation und ihre medizinische Versorgung sind differenziert zu betrachten. Viele Faktoren spielen eine Rolle: Die soziale und wirtschaftliche Situation, Deutschkenntnisse, Aufenthaltsdauer und nicht zuletzt die rechtliche und finanzielle Absicherung ihrer Gesundheitsversorgung.

Bislang haben wir noch zu wenige Erkenntnisse über viele Bereiche der Gesundheitsversorgung. Wir wissen, dass neben einer Unter- oder Fehlversorgung kleinerer Gruppen sich viele Migrantinnen und Migranten gut im Gesundheitswesen zurechtfinden. Viele Menschen mit einer Einwanderungsgeschichte werden aber nicht ausreichend von präventiven Angeboten erreicht und auch in der Behandlung gilt es zahlreiche sprachliche und kulturelle Hürden zu überwinden. Im Krankenhaus besteht ein besonders großer Bedarf an einer interkulturellen Öffnung und an kultursensiblen Angeboten, da es dort oft um weitreichende medizinische Eingriffe geht, die der Einwilligung und / oder intensiven Mitwirkung der Patientinnen und Patienten bedarf. Hinzu kommen Notfälle, die schnelles Handeln erfordern. Gerade die Notfallambulanzen werden überdurchschnittlich von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund aufgesucht.

Diese Publikation hat sich deswegen zur Aufgabe gemacht, Praxisbeispiele aus allen Bereichen des Krankenhauses – von der Datenerhebung über die Arbeit von Integrations- oder interkulturellen Beauftragten und Dolmetscherdiensten bis hin zur ehrenamtlichen Seelsorge darzustellen. Die breite Palette der Möglichkeiten einer kultursensiblen Gestaltung der medizinischen Versorgung im Krankenhaus bietet viele Anregungen für Krankenhausleitungen und Fachdienste.

Bei der stationären Versorgung von Migrantinnen und Migranten können unterschiedlichste Fragen auftauchen: Welche Maßnahmen gibt es, die eine kulturell vielfältige Patientenschaft ansprechen? Wie sind Verständigungsprobleme zu überwinden? Werden die medizinischen und therapeutischen Möglichkeiten ausreichend erläutert und verstanden, so dass sie effizient genutzt werden können? Welche Maßnahmen müssen ergriffen werden, um die Stationsteams bei sprachlichen und kulturellen Verständigungsproblemen zu entlasten?

Bereits an den Fragestellungen wird deutlich, dass die sprachliche und auch die kulturelle Verständigung eine zentrale Rolle bei der gesundheitlichen Versorgung spielen. Wenn Patientinnen und Patienten diagnostische oder therapeutische Fragen nicht vollständig verstehen können oder ihre Symptome nicht verständlich machen können, fehlt die Grundlage für eine erfolgreiche medizinische Behandlung. Patientinnen und Patienten auf der einen und Stationsteams auf der anderen Seite benötigen deshalb Hilfe bei der sprachlichen und kulturellen Verständigung.

Diese nun bereits in 3. Auflage vorliegende Publikation „Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung“ wurde von einer kleinen Expertengruppe des Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit unter Einsatz von viel Eigeninitiative und auf Grundlage langjährig erworbenen Wissens erstellt. Sie greift viele der oben genannten Fragestellungen auf und erläutert sechs Handlungsfelder der interkulturellen Öffnung anhand erprobter Praxisbeispiele.

Der bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, der von meinem Amt geleitet wird, ist seit vielen Jahren im Bereich der interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens aktiv. Die darin im Austausch stehenden Expertinnen und Experten des öffentlichen Gesundheitswesens haben in Stellungnahmen, Tagungen und Workshops die zahlreichen Facetten der gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten und einer kultursensiblen medizinischen Versorgung ausgeleuchtet. Sie haben damit wirksam an den inzwischen zahlreichen Initiativen zur interkulturellen und kultursensiblen Öffnung im Gesundheitswesen mitgewirkt.

Die interkulturelle Öffnung können wir aber nur fest verankern, wenn sie fester Bestandteil der Organisationsstrukturen, der Datenerhebung, der Informationsarbeit, der Aus- und Fortbildung und der medizinischen und pflegerischen Betreuung im Krankenhaus wird. Auch hierzu wird die vorliegende Publikation einen wichtigen Beitrag leisten.

Ich danke den Autorinnen und Autoren und wünsche ihnen, dass möglichst viele ihrer Anregungen in der Praxis aufgegriffen werden.

Aydan Özoğuz
Staatsministerin bei der Bundeskanzlerin
Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

GRUSSWORT

von Marie-Luise Müller

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

die Broschüre widmet sich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund im Krankenhaus, einem wichtigen Thema, das zum Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Krankenhausführung gehört. Ein ähnliches Werk fehlt bislang, so dass endlich eine Lücke geschlossen wird.

Bislang ist es vor allem der Initiative und dem persönlichen Engagement von Einzelpersonen zu verdanken, dass wir über strukturelles und inhaltliches Wissen zur Lage von Migrantinnen und Migranten in medizinischen Institutionen verfügen.

Auf Tagungen und in Publikationen wird von zahlreichen Experten gefordert, dass sich auch das Gesundheitswesen dieser zukunftsorientierten, gesellschaftlich wie demografisch sichtbaren Herausforderung zu stellen hat.

Einige Klinikleitbilder formulieren zwar Aussagen hinsichtlich des Umgangs, der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Migrationshintergrund – in der klinischen Alltagsrealität wird davon allerdings meist noch recht wenig umgesetzt.

Zu begrüßen sind daher Good-Practice-Erfahrungsberichte, die erfolgreiche und sinnvolle Konzepte, Vorschläge und Angebote vorstellen, die zum Wohle der Patienten und deren Behandlungsqualität und -sicherheit beitragen. In der Broschüre werden Maßnahmen empfohlen, wie dieser wachsenden Patientengruppe mit Respekt und Würde begegnet und die Verständigung sowie das gegenseitige Verständnis gefördert werden können.

Den Autorinnen und Autoren sei an dieser Stelle gedankt. Sie belegen mit ihren Beiträgen, mit welcher Empathie, mit welchem Erfahrungsschatz, aber auch mit welcher Ernsthaftigkeit sie zur Etablierung guter Strukturen beitragen. Migrantinnen und Migranten, die in der ersten, zweiten oder dritten Generation bei uns leben, werden angesprochen, ihnen und ihrer persönlichen Situation gehört unsere Aufmerksamkeit.

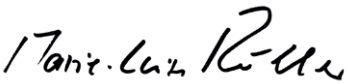
Die Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter mit einem direkten Kontakt zu Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund benötigen Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, ein kulturspezifisches Verständnis von Kommunikation und Beziehung zu entwickeln und umzusetzen. Zunächst fremd anmutende Einstellungen der Patientinnen und Patienten zu Gesundheit und Krankheit sollten verstanden werden, um den Patientinnen und Patienten und auch deren Familien besser gerecht zu werden und mehr Mitgestaltungsmöglichkeit zu erhalten.

Bislang reichen die betrieblichen Mittel nur selten aus, um gute Arbeit zu leisten und Zufriedenheit und Motivation auf Seiten der Patienten und der Mitarbeiter zu erreichen. Daher sind Maßnahmen zur Verbesserung der Verständigung wie z.B. die Einbeziehung von Dolmetschern und die Bereitstellung fremdsprachiger Materialien von großer Bedeutung.

Mitarbeiter-/Patienten-/Angehörigen- und Zuweiserbefragungen müssen auch Bedürfnisse und Problematiken in Bezug auf Patienten aus anderen Kulturen berücksichtigen. Interkulturelle Kompetenz muss weiter Eingang finden in interne Fortbildungen und in die curricularen Konzepte der Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen. Strukturelle Maßnahmen wie die Bildung von multikulturellen Arbeitsgruppen oder die Schaffung von Stellen für Integrationsbeauftragte etc. sind aktiv zu unterstützen. Die Einbeziehung des Qualitätsmanagements ist von besonderer Bedeutung.

Ich bin überzeugt, dass die Broschüre einen wertvollen Beitrag für die Krankenhäuser leistet. Sie wird eine anregende, kontroverse aber auch konstruktive Diskussion anstoßen.

Den Leserinnen und Lesern wünsche ich viele Anregungen und ein gutes Gelingen der Vorhaben.



Ihre Marie-Luise Müller

Pflegedirektorin, Ehrenpräsidentin des Deutschen Pflege-Rates,
Stellvertretende Gesellschafter-Vorsitzende der KTQ-GmbH
(Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)

GRUSSWORT

von Gesine Dannenmaier

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Anliegen der vorliegenden Broschüre des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit, zur hochwertigen und kultursensiblen Versorgung für Patientinnen und Patienten und auch deren Angehörigen sowie für das Personal in Einrichtungen des Gesundheitswesens beizutragen, ist höchst aktuell und mit dem Ziel einer praktischen Anleitung sehr wichtig.

Es freut mich somit besonders, Anforderungen des Manuals der KTQ-GmbH (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), der Grundlagen des KTQ-Verfahrens, welche die kulturellen Besonderheiten ansprechen, in dieser Broschüre wiederzufinden. Kultursensibilität war bereits Bestandteil der Kriterien zur Patientenorientierung in der KTQ-Pilotphase im Jahr 2000, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde. Mittlerweile wurden 1.970 KTQ-Zertifikate an Einrichtungen im Gesundheitswesen vergeben, darunter 1.630 Zertifikate an Krankenhäuser. Aktuell sind über 500 Kliniken zum Teil Erst-, und viele bereits zum wiederholten Mal zertifiziert, also beschäftigen sich ein Viertel der bundesweit ca. 2.000 Kliniken durch das KTQ-Verfahren mit dem Thema der individuellen Patientenorientierung.

Ohne die zwingend erforderliche Beachtung kultureller Bedürfnisse bei der stationären Versorgung von Menschen bzw. Patienten ist ein verantwortliches, respektvolles und damit patientenorientiertes Arbeiten nicht zu etablieren. Im Qualitätsmanagement des Gesundheitswesens wird immer deutlicher, welche Gefahrenquellen sich gerade in der Nicht-Beachtung kultureller Besonderheiten verbergen. Eine qualitativ hochwertige Versorgung beginnt bereits mit der Erst- bzw. Notfallversorgung und somit verbunden mit der Erstdiagnose, allerdings beginnen hier eventuell auch die ersten Missverständnisse mit schwerwiegenden Folgen.

So wird im Hinblick auf die KTQ-Zertifizierung einer Einrichtung im KTQ-Katalog seit Jahren, – z.B. aktuell in der Version Krankenhaus unter dem Kriterium – 5 Führung, 5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur,

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse – Wert auf das Thema „Kultur“ gelegt. Gilt es doch für die Krankenhäuser, angefangen von der Geschäftsleitung, auf allen Ebenen und in allen Bereichen darzustellen, wie auf Grundlage des international anerkannten P-D-C-A Zyklus dafür Sorge getragen wird, kulturelle Aufgaben und Bedürfnisse wahrzunehmen und zu kommunizieren. So gibt es beispielsweise Fragen zur Umsetzung der kulturellen Bedürfnisse, zur Transparenz der Konzeption für Mitarbeiter, Patientinnen und Patienten und Angehörige sowie für die interessierte Öffentlichkeit. Es gibt Fragen zur Sensibilisierung und Qualifizierung der zuständigen Mitarbeiter, zu verschiedenen Beratungsangeboten und der Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme. Es geht über die Auswertung der erfolgten Maßnahmen bis hin zu Fragen der Akzeptanz bei Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern.

Denken wir doch neben der demographischen Entwicklung auch an die Mobilität der Gesellschaft im Privatleben durch Reisen, aber auch im Berufsleben durch Dienstreisen bzw. langfristige Auslandsaufenthalte. Die kulturellen Bedürfnisse gerade vom Blickwinkel der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen aus betrachtet, bedürfen der besonderen Beachtung. Dies muss einhergehen mit der notwendigen Schulung und Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, genauso wie Patientinnen und Patienten aus einem anderen Kulturkreis verpflichtet sind, sich mit den Gesundheitseinrichtungen vor Ort auseinanderzusetzen und sich darauf einzulassen.

In diesem Sinne wünsche ich der Broschüre einen großen Verbreitungsgrad und die notwendige Beachtung.

Gesine Dannenmaier,
Geschäftsführerin der KTQ-GmbH
(Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)

EINFÜHRUNG

Diese Broschüre wurde von im Krankenhaus tätigen Mitgliedern des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit – angesiedelt bei der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – erarbeitet und stellt die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Zuwanderungsgeschichte im Krankenhaus in den Mittelpunkt.

Ziel der Autorinnen und Autoren ist es, mit der vorliegenden Veröffentlichung Tendenzen und Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern zu unterstützen. Die Broschüre richtet sich an alle Krankenhäuser und Fachbereiche, von der Leitungsebene in Verwaltung, Pflege und Ärztlichem Dienst bis hin zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf den Stationen, die tagtäglich mit Menschen unterschiedlicher Herkunft zu tun haben.

Der Eingangsbeitrag der Broschüre fasst die Ergebnisse einer Befragung von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen über deren kultursensible Ausrichtung zusammen. Die Studie zeigt deutlich den Bedarf für eine interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern auf und unterstreicht somit die Notwendigkeit der vorliegenden Publikation. Die nachfolgenden Kapitel A und B führen weiter in die Thematik ein. Der Schwerpunkt der Broschüre liegt auf den praxisnahen Handlungsempfehlungen zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern (Kapitel C und D), wobei die Steuerung (Kapitel C) sowie die verschiedenen für ein Krankenhaus relevanten Handlungsfelder der interkulturellen Öffnung (Kapitel D) in zwei separaten Kapiteln behandelt werden.

Die in diesen Kapiteln beschriebenen Praxisbeispiele sollen Interesse wecken, eigene Schritte zur interkulturellen Öffnung zu beginnen oder weiter auszubauen. Die Auswahl der Praxisprojekte beschränkt sich auf

Aktivitäten und Maßnahmen derjenigen Krankenhäuser, in denen die Autorinnen und Autoren dieser Broschüre beschäftigt sind. Teilweise richten sich die Angebote nur an einen bestimmten Personenkreis, können aber auch in ähnlicher Konzeption auf andere Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet werden. Eine besondere Problematik betrifft Papierlose, Asylsuchende, Flüchtlinge und nicht versicherte EU-Bürger, die nur einen eingeschränkten Zugang zum medizinischen Versorgungssystem haben.

Die Autorinnen und Autoren dieser Handreichung haben die Erfahrung gemacht, dass keine unangemessene zusätzliche Belastung durch Maßnahmen der interkulturellen Öffnung entsteht. Die positive Resonanz der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund stärkt nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern ebenso die der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sie vereinfacht Prozesse, verbessert die gezielte Behandlung, die möglichst einvernehmlich mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durchgeführt werden kann, spart häufig aufwändige zusätzliche Untersuchungsmaßnahmen ein und vermindert Missverständnisse und Frustration.

KULTURSENSIBILITÄT DER KRANKENHÄUSER IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung

Heike Reinecke (Referatsleiterin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen)

MOTIVATION

Kultur- und sprachbedingte Barrieren können die gesundheitliche Versorgung im Krankenhaus beeinträchtigen. Menschen mit Migrationsgeschichte haben aber Anspruch darauf, genauso gut versorgt zu werden, wie Patientinnen und Patienten ohne ausländische Wurzeln. Der Anspruch, dabei weltanschaulichen, soziokulturellen und religiösen Bedürfnissen Rechnung zu tragen, spielt auch bei der Krankenhausbehandlung eine wichtige Rolle; er wurde im Zuge des Gesetzes zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen auch im Krankenhausgestaltungsgesetz verankert (§ 3 Absatz 1 KHGG NRW).

Damit Missverständnisse im Klinikalltag verringert, Fehldiagnosen und Mehrfachuntersuchungen vermieden, Gesundheitsleistungen optimiert, die Behandlungszufriedenheit der Patientinnen und Patienten verbessert und ggf. auch Kosten gesenkt werden können, ist eine interkulturelle Öffnung der Krankenhäuser anzustreben. Die Ansätze hierfür sind vielfältig und reichen von Fragen der Kommunikation und Information, der Unterbringung und Räumlichkeiten, über Fragen der betrieblichen Organisation und Personalentwicklung bis hin zu Aspekten der Versorgung und Diagnostik. Erkenntnisse darüber, ob und in welchem Umfang Krankenhäuser darauf bereits ausreichend vorbereitet sind, liegen jedoch bisher eher vereinzelt vor. Über den tatsächlichen Grad der Kultursensibilität im Alltag der Krankenhäuser liegen ebenfalls nur punktuelle Erkenntnisse vor. Dies war Anlass für eine Befragung der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten

in Nordrhein-Westfalen, die das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) auf Initiative und mit Förderung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und der BKK vor Ort unter Mitwirkung der Faize Berger Management Services von Mitte April bis Ende Juni 2012 durchgeführt hat.

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

An der Befragung haben sich 57 Krankenhäuser beteiligt. Die erreichte Rücklaufquote von 16 % bleibt damit zwar hinter den Erwartungen zurück, allerdings entspricht die Verteilung von ausgewählten Krankenhausmerkmalen in der Stichprobe der Verteilung in der Grundgesamtheit, so dass von einer gewissen Repräsentativität der Ergebnisse ausgegangen werden kann. Über die Gründe für die geringe Beteiligung der Krankenhäuser – generelle Zurückhaltung bei aufwändigen Befragungen oder Ausdruck dafür, dass die Thematik keine besondere Priorität hat – lassen sich allenfalls Vermutungen anstellen. Ausgehend von unserer Annahme, dass sich bisher eher wenige Häuser systematisch mit der Berücksichtigung kultursensibler Aspekte beschäftigt haben, sollte die Befragung aber von Anfang an auch im Sinne einer „Erst-Sensibilisierung" im Prozess zugleich den Anstoß geben, sich – unter Umständen erstmals umfassend – mit der Thematik und den notwendigen wie möglichen Handlungsansätzen auseinanderzusetzen.

Insgesamt lässt sich im Ergebnis der Befragung feststellen, dass Kultursensibilität erst in Ansätzen von ausdrücklicher strategischer Relevanz ist. Im praktischen Alltag der Krankenhäuser sind durchaus viele kultursensible Maßnahmen und Kompetenzen vorhanden, allerdings sind sie bislang kaum in eine Gesamtstrategie integriert. Während knapp die Hälfte der Häuser angegeben hat, migrationsspezifische Aspekte im Krankenhausleitbild und im Pflegeleitbild zu berücksichtigen, sind es bei der Unternehmensstrategie und beim Qualitätsmanagement nur 29,6 bzw. 25,5 %. Allerdings erkennen die Krankenhäuser das Thema perspektivisch als zunehmend wichtig für die strategische Planung.

Eine patientenorientierte Versorgung setzt eine entsprechende Information und Qualifikation der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter voraus. In 82 % der Einrichtungen mit Krankenpflegeausbildung wird das Thema Kultursensibilität im Curriculum vermittelt. Fort- und Weiterbildung zu interkulturellen Themen wird aber nur in rund einem Viertel der Häuser angeboten – dort, wo sie angeboten wird, sind Adressaten ebenfalls fast ausschließlich Pflegekräfte. Thematisch wird dabei am häufigsten Wissen zum Umgang mit Sterben und Tod vermittelt.

Probleme im Klinikalltag dürften vor allem sprachliche Barrieren bereiten. Es überrascht daher nicht, dass rund 42 % der befragten Krankenhäuser den größten Verbesserungsbedarf in der Versorgung von Patientinnen und Patienten hinsichtlich Sprache und Kommunikation sehen (davon 29 % „oft“ und 13 % „sehr oft“). Bei den zur Verfügung stehenden schriftlichen Materialien dominieren die Informationen, die zur Patientenaufklärung notwendig sind: So sind in 64,2 % der befragten Häuser Einverständniserklärungen (z.B. über eine OP) und in 56,6 % Informationen über medizinische Eingriffe jeweils in mehreren Sprachen (in der Hauptsache englisch, französisch, türkisch, niederländisch, russisch und arabisch) verfügbar. Übersetzungen im Falle von geringen Deutschkenntnissen erfolgen ebenfalls schwerpunktmäßig im Rahmen der Patientenaufklärung bei OP-Gesprächen oder Diagnose-Besprechungen. Meistens erfolgen diese Übersetzungen durch klinikeigenes ärztliches und pflegerisches Personal mit gleicher Muttersprache. An zweiter Stelle genannt wurde die Übersetzung durch Angehörige, Freunde oder Bekannte – nicht selten auch durch Kinder und jugendliche Angehörige. Speziell ausgebildete professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher kommen nur gelegentlich zum Einsatz. 75 % der Häuser nannten als Grund für den Verzicht auf sie, dass genug eigenes bilinguales medizinisches und pflegerisches Personal zur Verfügung stehe. Als weitere Gründe wurden angegeben: übersetzende Angehörige (56,1 %), Zeitgründe (49,1 %) und Finanzierung (43,95 %).

Befragt nach den Aspekten, bei denen aus Sicht der Krankenhäuser migrationsspezifische Besonderheiten oder Unterschiede stärker berücksichtigt werden sollten, wurden vorrangig Schamgefühl und Intimsphäre (87,7%), bei den Situationen Sterbephase und Tod (86,0%) genannt.

Für die Bereitschaft zur interkulturellen Öffnung ist auch entscheidend, welchen Nutzen ein Krankenhaus darin sieht: Hier haben die Steigerung der Zufriedenheit und Bindung von Patientinnen und Patienten mit Migrationsgeschichte, die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit (z.B. durch unkompliziertere Abläufe) und die Vermeidung von Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen und langen Liegezeiten für die befragten Häuser einen annähernd gleich hohen Stellenwert.

AUSBLICK

Angesichts der bestehenden Entwicklungs- und Verbesserungspotentiale schließt die Studie mit Handlungsempfehlungen, die eine kultursensible Öffnung des Krankenhauses fördern. Diese stützen sich unter anderem auf die Empfehlungen des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit. Ergebnisse der Befragung und Empfehlungen gilt es nun mit den Krankenhäusern gemeinsam zu diskutieren, um daraus konkrete Handlungsansätze und -notwendigkeiten abzuleiten und anzustoßen.

Download der gesamten Studie:
https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/kultursensibilitaet_der_krankenhaeuser_in_nordrhein-westfalen.pdf

A

GESUNDHEIT VON MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN

GESUNDHEIT VON MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN

Der Anteil der 15,7 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung beträgt 19,3 Prozent (Statistisches Bundesamt 2011). Diese Gruppe ist sehr heterogen und reicht von erst kürzlich eingereisten Flüchtlingen ohne Sprachkompetenz im Deutschen bis hin zu Kindern aus binationalen Ehen, in denen Deutsch die Familiensprache darstellt. Entsprechend der unterschiedlichen Migrationsbiografien, Lebenssituationen und Herkunftsländer sind zudem die Lebensstile, Gesundheitsbelastungen sowie Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen an das Leben in Deutschland bei den Eingewanderten und ihren Familien sehr unterschiedlich. In der Folge stellt sich auch die gesundheitliche Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund sehr differenziert dar und sollte auch so wahrgenommen werden. Werden Konzepte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Zugewanderten entwickelt, muss ebenso die Diversität innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe beachtet werden.

GESUNDHEITLICHE SITUATION VON MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

Differenzierte Aussagen über den Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten lassen sich nur zum Teil treffen. Eine der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Bedeutung des Migrationsthemas entsprechende Gesundheitsberichterstattung existiert nicht. (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2010) Einzelne Studien weisen Unterschiede zur gesundheitlichen Situation der Mehrheitsbevölkerung in Bezug auf Infektionskrankheiten, Komplikationen bei chronischen Erkrankungen sowie bestimmte vererbbare Krankheiten nach (Berens et al. 2008). Schwere psychische Störungen kommen im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund vergleichbar häufig vor (DGPPN 2013). Das Risiko für einige Krebserkrankungen dahingegen ist im Vergleich mit der deutschen Bevölkerung eher geringer, gleicht sich aber mit steigender Aufenthaltsdauer an (Robert Koch-Institut 2008). Zudem sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weniger von Allergien betroffen (Robert Koch-Institut 2009).

Die Gründe für die zum Teil unterschiedliche gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten sind vielfältig. Zu nennen sind hier Faktoren aus der Lebensgeschichte im Herkunftsland, Akkulturationsprozesse, die Identitätskonflikte auslösen können, sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Aufnahmeland. Auch gibt es in den letzten Jahren zunehmende Evidenz für einen beträchtlichen Einfluss psychosozialer Aspekte auf Manifestation und Verlauf seelischer Erkrankungen bei Migranten (DGPPN 2013). Des Weiteren ist davon auszugehen, dass sich die erhöhte Armutsrisikoquote (Engels, et al. 2011), ein durchschnittlich geringeres Bildungsniveau in allen Altersgruppen (Autorengruppe Bildungsberichterstattung Bildung in Deutschland 2010) sowie eine überdurchschnittlich hohe Beschäftigung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in prestigearmen und geringer vergüteten Berufsfeldern (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2012) negativ auf die Gesundheit auswirken. Darüber hinaus tragen die zum Teil fehlenden Kenntnisse über gesundheitsbewusstes Verhalten, präventive Maßnahmen sowie chronische Erkrankungen zur Häufung bestimmter Krankheitsbilder bei (Robert Koch-Institut 2008).

Wie leicht kulturbedingte Missverständnisse und Fehlinterpretationen aufgrund von Sprachdefiziten und mangelndem medizinischen Wissen selbst bei jungen Frauen mit Migrationshintergrund entstehen, zeigt ein Projekt des Städtischen Klinikums München, das sich mit den Problemen schwangerer Migrantinnen befasste.

UNTERSTÜTZUNG SCHWANGERER MIGRANTINNEN BEI HYPEREMESIS UND ANDEREN PROBLEMEN IN DER FRÜHSCHWANGERSCHAFT

Nachdem über lange Zeit in den geburtshilflichen Stationen des Städtischen Klinikums München aufgefallen war, dass dort sehr viele junge schwangere Migrantinnen zu finden sind, die über Schwangerschaftsübelkeit klagen, die aber offensichtlich nicht nur medizinische Hilfe, sondern auch seelische Unterstützung, Verständnis, Zuwendung und zum Teil auch aufgrund sehr geringer Deutschkenntnisse Verständigungsmöglichkeiten benötigen, wurden 2010 und 2011 in einer anonymen, freiwilligen Befragung insgesamt 34 Frauen zu ihrer sozialen Lage, Migrationsbiographie und ihren Belastungen mithilfe von externen Dolmetscherinnen interviewt.

Es zeigte sich bei der Auswertung, dass ein Großteil der Frauen unter einer erheblichen Anzahl von Belastungen leidet, die sich zum großen Teil aus ihren Lebensumständen ergeben. Sehr viele Frauen leiden darunter, von ihrer Herkunftsfamilie getrennt zu sein, ein Teil berichtet über traumatisierende Erlebnisse aus Kriegsgebieten, von Fluchterfahrungen oder von traumatisch erlebten Geburten. Eine prekäre soziale Lage, ein unklarer Aufenthaltsstatus, schlechte Wohnverhältnisse und wenig deutsche Sprachkenntnisse bereiten Schwierigkeiten. Oft besteht eine Ambivalenz zur Schwangerschaft, zum Partner oder zur Schwiegerfamilie. Das Wissen über Schwangerschaft und Geburt, Vorsorgemaßnahmen, Patientenrechte, das deutsche Gesundheitswesen ist zum Teil sehr gering. Die in Deutschland üblichen Vorsorgemaßnahmen wurden von einem Teil der Schwangeren als medizinische Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen oder als Schädigung des ungeborenen Kindes interpretiert. Beispielsweise wurden vaginale Untersuchungen und Blutuntersuchungen mit einer möglichen Krankheit des Ungeborenen in Verbindung gebracht, Zwillingsschwangerschaften generell als Risikoschwangerschaften bewertet, Schwangerschaftserbrechen als unbekannt und deshalb beängstigend erlebt, der Begriff „Lungenreife“ wurde als ein Mangel im Atemsystem des Kindes gedeutet und bakterielle Entzündungen mit der Folge einer Totgeburt in Verbindung gebracht.

Die detaillierten Ergebnisse der Untersuchung und die daraus gewonnenen Überlegungen wurden in Fachpublikationen veröffentlicht, um spezifische Berufsgruppen wie Hebammen, etc. zu informieren und anzuregen, unterstützende Maßnahmen zu entwickeln. (Wesselman und Singer 2013)

GESUNDHEITSVERSORGUNG VON MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen viele gesundheitliche Leistungen in geringerem Maß in Anspruch als die Mehrheitsbevölkerung (Robert Koch-Institut 2008). Dies betrifft beispielsweise die Bereiche der Rehabilitation (Razum 2009), der pflegerischen Versorgung (Bundesministerium für Gesundheit 2011) sowie der gesundheitlichen Selbsthilfe (Kofahl 2007). Des Weiteren werden die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder weniger gut angenommen und auch deren Durchimpfungsrate ist geringer (Robert Koch-Institut 2009). In der psychiatrischen Versorgung werden Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund hingegen ihrem Anteil an der Bevölkerung entsprechend stationär psychiatrisch behandelt. Früher beschriebene Inanspruchnahmebarrieren existieren nicht mehr (Koch et al. 2008, Schouler-Ocak et al. 2008). Allerdings nehmen Migrantinnen und Migranten psychiatrische Hilfe oft erst spät in Anspruch und wechseln häufig die Behandlerinnen und Behandler (Gün 2007).

Über die Qualität der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund ist relativ wenig bekannt. Die wenigen vorliegenden Studien zeigen deutliche Einschränkungen beim Ergebnis der Gesundheitsversorgung für Zugewanderte. So zeigte sich in einer Untersuchung an einer Frauenklinik in Berlin, dass die türkischstämmigen Patientinnen deutlich weniger korrekte Angaben über ihre Diagnose und die Klinikbehandlung machen konnten als deutsche Patientinnen (Borde et al. 2002). In der Berliner Notfallambulanzstudie konnten auf der Grundlage der Analyse einer Befragung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte indirekte Hinweise auf die Versorgungsqualität gewonnen werden. Die befragten Ärztinnen und Ärzte waren mit der Arzt-Patient-Beziehung bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund deutlich unzufriedener als bei denjenigen ohne Migrationshintergrund (Borde et al. 2003). Psychiatrische Probleme werden in der Primärversorgung nicht beziehungsweise erst spät erkannt (Koch und Assion 2011).

Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten wurden in den letzten Jahren zahlreiche Modellprojekte durchgeführt, die zum Teil auch in Regelangebote überführt wurden. So wurden besondere Anlaufstellen für Migrantinnen und Migranten aufgebaut (z.B. Internationale Humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamtes Frankfurt), fremdsprachige Informationsmaterialien entwickelt (z.B. Elternbriefe des Arbeitskreises Neue Erziehung (ANE)) sowie Gesundheitslotsinnen und -lotsen ausgebildet (z.B. Projekt Mit Migranten für Migranten des Ethno-Medizinischen Zentrums). Auch immer mehr ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen haben eine interkulturelle Ausrichtung.

B

INTERKULTURELLE ÖFFNUNG VON KRANKENHÄUSERN

INTERKULTURELLE ÖFFNUNG VON KRANKENHÄUSERN

„Interkulturelle Öffnung ist ein bewusst gestalteter Prozess, der Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und Religionen einen gleichberechtigten Zugang zu den von den Regeldiensten bereitgestellten Versorgungsleistungen ermöglicht und für eine gleichwertige Qualität in Behandlung, Beratung und Betreuung sorgt“ (Erim 2007). Der Prozess besteht aus Maßnahmen der Personalentwicklung, Veränderungen in der Infrastruktur sowie der kultursensiblen Gestaltung der Behandlung und Betreuung. Nach dem Motto „von oben gewollt und von unten getragen“ sollte der Prozess auf der Leitungs- und auf der Mitarbeiterebene angesiedelt werden.

Es gibt kein Patentrezept zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern. Wie das Konzept für eine interkulturelle Öffnung aussehen kann, ist abhängig von internen und externen Faktoren, die von Einrichtung zu Einrichtung verschieden sein können. Interne Faktoren sind u. a. die vorherrschende Führungs- und Kommunikationskultur, Größe und Ausrichtung des Unternehmens sowie die Patientenklientel. Externe Einflussgrößen können das Quartier, in dem die Einrichtung verortet ist, Vorgaben eines übergeordneten Trägers aber auch politische Entwicklungen auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene sein.

Die interkulturelle Öffnung eines Krankenhauses bzw. einer Pflegeeinrichtung ist ein Prozess. Nicht alle vorgeschlagenen Maßnahmen müssen gleichzeitig umgesetzt werden. Auch kleine Schritte führen langfristig zum Erfolg. Empfehlenswert ist, dass der Prozess durch eine zentrale Stelle entwickelt, begleitet und koordiniert wird. Hier schlägt der Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit die Einsetzung von Integrationsbeauftragten in Krankenhäusern (siehe Anhang) vor. Auf diese Weise wird eine zentrale Koordinationsstelle für Fragen rund um die Themen Migration, Integration und Diskriminierung geschaffen, die zugleich interne Veränderungsprozesse anregen und begleiten kann.

C

STEUERUNG DES ÖFFNUNGS-PROZESSES

STEUERUNG DES ÖFFNUNGSPROZESSES

Eine nachhaltige und alltagstaugliche Verbesserung der medizinischen Versorgung der Migrantinnen und Migranten im stationären Bereich ist nur gewährleistet, wenn die Gesundheitsinstitutionen verbindliche Aktivitäten zur interkulturellen Öffnung entwickeln und diese personell zuordnen. Es existieren verschiedene Bezeichnungen und Aufgabenprofile für Integrationsbeauftragte in der Kliniklandschaft, wie die Darstellungen weiter unten zeigen.

Die Aufgaben des Integrationsbeauftragten sind vielfältig und richten sich nach der spezifischen Situation der jeweiligen Klinik, der Patientenstruktur und dem Versorgungsschwerpunkt. Bei der Tätigkeit des Integrationsbeauftragten handelt es sich um Leistungen, die im Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund von den Kliniken im Rahmen der Regelversorgung zu erbringen sind und Prinzipien der Ressourcenorientierung, Bedarfsorientierung, Nachhaltigkeit und Finanzierbarkeit berücksichtigen müssen (Gün 2011). Diese strukturellen Qualitätsmerkmale sollen das Krankenhaus in die Lage versetzen, die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen, Zertifizierungsprozesse (z.B. KTQ-Zertifizierung) besser zu bewältigen und sich im Wettbewerb langfristig zu bewähren (Gün 2009).

Die Tätigkeit von Integrationsbeauftragten ist eine Querschnittsaufgabe und der Erfolg davon abhängig, ob diese von der Leitungsebene beabsichtigt und von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen wird. Problembewusstsein und die Bereitschaft zur Verbesserung der Strukturen auf der Leitungsebene und die Überzeugung des Fachpersonals von den Vorteilen der Maßnahmen sind für den Erfolg unabdingbar.

FACHREFERENTIN INTERKULTURELLE VERSORGUNG, STÄDTISCHES KLINIKUM MÜNCHEN GMBH

Durch die Beauftragung einer Fachreferentin auf der Ebene der Geschäftsführung will sich das Städtische Klinikum München GmbH eine fachlich fundierte Expertise sichern, um top-down nachhaltig und effektiv die interkulturelle Öffnung des Klinikums voranzutreiben, die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen und die Zugangsbarrieren in der Versorgung von Menschen anderer Kulturen und Sprachen abzubauen.

Seit 2006 wurde eine breite Palette von Maßnahmen und Projekten geplant und durchgeführt, um den spezifischen Bedarfen von Migrantinnen und Migranten nachzukommen, die Kommunikation systematisch auf mündlicher wie schriftlicher Ebene zu verbessern und das Personal zu schulen.

Basis aller Maßnahmen ist die Möglichkeit für alle Beschäftigten wie auch für Kranke und deren Angehörige, zur besseren Verständigung die Hilfe des „Hausinternen Dolmetscherdienstes“ in Anspruch zu nehmen.

Die zahlreichen migrantenspezifischen Angebote sind inzwischen in der Landeshauptstadt München bestens bekannt. Viele Ärzte schicken ihre Patientinnen und Patienten gezielt ins Städtische Klinikum, weil sie die Zufriedenheit ihrer Patientinnen und Patienten mit der Versorgung sowie die häufig positiven Wirkungen im Gesundheitsverhalten (Präventionsangebote) der Migrantinnen und Migranten schätzen. Dies zeigt auch der jährliche Bericht der Fachreferentin Interkulturelle Versorgung an die Geschäftsführung und die medizinischen sowie pflegerischen Leitungen der fünf Kliniken. Es ist eine stetig wachsende Zahl von nichtdeutschen Patientinnen und Patienten zu verzeichnen.

Aufgrund der Erfassung der Staatsangehörigkeit der Patientinnen und Patienten seit 2006 ist es möglich, gezielte Forschungen zum Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten durchzuführen. So wurde u.a. bei über 1.000 nicht-deutschen Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes ermittelt, dass diese Gruppe im Vergleich zu deutschen Patientinnen und Patienten durchschnittlich ein deutlich jüngeres Lebensalter aufwies. Eine klinische Versorgung von Typ2-Diabetikerinnen und -Diabetikern wurde knapp 9 Jahre früher benötigt, als dies bei deutschen Patientinnen und Patienten der Fall war (Wesselman und Gutt 2011).

MIGRATIONS- UND ETHIKBEAUFTRAGTER, VITOS KLINIKUM GIESSEN-MARBURG

Im Dezember 2009 wurde für das Vitos Klinikum Gießen-Marburg (Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Gießen und Marburg sowie die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Lahnhöhe in Marburg) ein Migrationsbeauftragter bestellt. Ab 2012 wurden diesem zusätzlich die Aufgaben eines Ethikbeauftragten übertragen.

Erste Amtshandlung war eine Bestandsaufnahme. Dafür wurden bislang zwei Stichtagserhebungen zur Erfassung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in den beteiligten Kliniken durchgeführt. Der Fragebogen wurde in Anlehnung an die Erhebung der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser (BDK) konzipiert (Koch et al. 2008). Die genaue Analyse dieser Daten soll zur Grundlage für Konzepte genutzt werden. Die Entwicklung von Behandlungskonzepten ist ebenso Aufgabe des Migrationsbeauftragten wie die Erstellung eines verpflichtenden Fortbildungscurriculums „Interkulturelle Kompetenz“ für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kliniken. Es sind hier zwei einstündige Fortbildungen zu verschiedenen Themen (Kommunikation, Therapeutische Ansätze) vorgesehen, die von einer Arbeitsgruppe ab 2013 umgesetzt werden. Die Präsentation interkultureller Inhalte im Intranet und die Entwicklung mehrsprachiger Patienten-Broschüren ist ein weiterer Aufgabenbereich. Aktuell ist der Migrationsbeauftragte Mitglied

einer Arbeitsgruppe, die die Klinikleitung bezüglich der künstlerischen und inhaltlichen Gestaltung eines Raumes der Stille in den entstehenden Neubauten in Gießen und Marburg berät.

Die Teilnahme an lokalen politischen Gremien (z.B. Runder Tisch Integration) und fachpolitischen Arbeitsgruppen (z.B. bei der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser BDK und der Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN) runden neben der Durchführung wissenschaftlicher Studien, Publikationen in Fachzeitschriften (z.B. Koch und Müller 2012) sowie Vortrags- und Gremientätigkeiten das Profil des Migrationsbeauftragten ab.

INTEGRATIONSBEAUFTRAGTER, LVR-KLINIK KÖLN (LVR – LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND)

Als erste psychiatrische Klinik in der Bundesrepublik Deutschland ernannte die LVR-Klinik Köln einen Integrationsbeauftragten im Umfang von 20 Wochenstunden. Dieser hat den Auftrag, die strukturelle Integration der Patientinnen und Patienten zu fördern und die Qualität der Versorgungsleistungen für Zuwanderer zu erhöhen. Damit soll der Weg für tiefer gehende Umstrukturierungen geebnet werden, welche die spezifischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund berücksichtigen.

Der Integrationsbeauftragte nimmt die Interessen des Krankenhauses in allen Belangen wahr, die mit Migrantinnen und Migranten zu tun haben. In seinem Zuständigkeitsbereich berät er die Vorstände bzw. die Betriebsleitung, Ärztinnen und Ärzte, Pflege, Verwaltung und – gegebenenfalls – den Träger. Auf diese Weise konnte realisiert werden, dass bei Stellenausschreibungen explizit interkulturelle Kompetenz als Einstellungskriterium (interkulturelle Kompetenz erwünscht) genannt wird, ein Interkultureller Konsildienst sowie eine Sprechstunde für interkulturelle Fragen eingerichtet, ein Dolmetschernetz aufgebaut und eine Liste mit den Fremdsprachenkenntnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammengestellt wurden. Weiterhin wurde das Thema Migration und Integration als fester Bestandteil des Leitbildes der Klinik verankert und

es finden regelmäßig Fortbildungen zur Verbesserung der interkulturellen Kompetenz statt (Integrationsbeauftragter ist ständiges Mitglied der Planungsgruppe des Fort- und Weiterbildungscurriculums).

In enger Kooperation und Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) macht der Integrationsbeauftragte Vorschläge zur Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und koordiniert diese. So wurde beispielsweise bei Stichtagserhebungen in Bezug auf die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten der Klinik, die Erfassung des Migrationshintergrundes eingeführt, ein klinikinterner Facharbeitskreis, der Qualitätszirkel Integration, gegründet sowie im Aufnahmebogen der Klinik die Möglichkeit zur Erfassung migrationssensibler Daten geschaffen.

Nach Absprache mit dem Vorstand vertritt der Integrationsbeauftragte die Klinik in allen Belangen der Integration von Migrantinnen und Migranten in kommunalen Gremien, Arbeitsgruppen, etc. Er fördert den Kontakt zwischen der Klinik und kommunalen Stellen des Versorgungsgebietes, u.a. den Ausländerbeauftragten, Sozialdiensten sowie den kulturellen und gesellschaftlichen Vereinigungen der Migrantinnen und Migranten.

KOORDINATORIN MIGRANTEN, HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST FRANKFURT

Interview mit Frau Ilknur Naimi, Pflegebereichsleitung Chirurgie im Hospital zum heiligen Geist Frankfurt

Frau Naimi, Sie sind in Ihrer Klinik auch als Koordinatorin für Migrantinnen und Migranten zuständig. Was bedeutet das?
Ich bin Krankenschwester, Pflegeleitung für den chirurgischen Bereich und zusätzlich in dem Projekt „Koordination für Migranten" tätig. Meine Klinik hat über 300 Betten und ist als ein Innenstadtkrankenhaus mit Schwerpunkt Notfallversorgung für die Versorgung vieler nichtdeutscher Patientinnen und Patienten verantwortlich.

Seit 2007 hat mir die Pflegedirektorin die Aufgabe übertragen, dafür zu sorgen, dass Migrantinnen und Migranten in unserer Klinik adäquat – also angemessen und gut – versorgt werden.

Wie viel Ihrer Arbeitszeit dürfen Sie dafür verwenden und welche Tätigkeiten umfasst Ihr Aufgabengebiet?
Ich darf mir die Zeit nehmen, die ich für nötig halte. Hauptsächlich dolmetsche ich für türkischsprachige und persischsprachige Patientinnen und Patienten. Ich werde von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen gerufen.

In der Pflegeanamnese im Krankenhaus-Kommunikations-System (KIS) wurde eine zusätzliche Rubrik „unzureichende Deutschkenntnisse" aufgenommen. Diese Eintragung wird täglich von mir kontrolliert. Daraus erfolgt als Konsequenz bei Bedarf eine Anforderung des Dolmetschers.

Dann bin ich verantwortlich für die Dolmetscherlisten, auf denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses aus Medizin und Pflege eingetragen sind. Ich aktualisiere die Listen und vermittle bei Problemen.

Zusätzlich betreue ich eine türkische ehrenamtliche Mitarbeiterin, die einmal wöchentlich kranke Landsleute besucht. Auch für den interreligiösen Raum fühle ich mich mit den Klinikseelsorgern zusammen verantwortlich.

Seit 5 Jahren besteht am Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt ein Raum der Stille. Auf der Internetseite finden Patientinnen und Patienten folgenden Hinweis: „Im Erdgeschoss befindet sich ein Meditationsraum, in dem Sie sich zur Stille, Meditation oder zum Gebet zurückziehen können. Der Meditationsraum ist täglich von 7.00 – 21.00 Uhr geöffnet". Der mit Symbolen der monotheistischen Religionen und des Buddhismus geschmückte Raum will für alle Patientinnen und Patienten eine angenehme und angemessene Atmosphäre schaffen. Die Klinik bietet auch Voraussetzungen für religiöse Waschungen in der Pathologie.

Frau Naimi, für wie wichtig halten Sie Ihre Tätigkeit als Migranten-Koordinatorin im Krankenhausalltag?
Ich halte sie für sehr wichtig. Eine gute Kommunikation ist die wichtigste Voraussetzung für eine effiziente Therapie. Die Patientinnen und Patienten müssen sich verständlich machen und brauchen Vertrauen zu den Behandlerinnen und Behandlern.

Könnten Sie das an Beispielen aus Ihrem Erfahrungsbereich verdeutlichen?
Ja, gerne. Es wurde ein 73-jähriger Patient mit geringen Deutschkenntnissen aufgenommen. Seine Ehefrau war vor zwei Jahren verstorben. Von seinen beiden Söhnen war er sehr enttäuscht worden und wollte nicht von ihnen besucht werden, geschweige denn Hilfe für das Übersetzen bei ihnen suchen. Er war damit einverstanden, dass ich für ihn übersetze. So konnte ein Aufklärungsgespräch mit den Ärzten über eine notwendige OP stattfinden und der Patient war damit einverstanden. Er war vor der schweren OP auch bereit, über rechtliche Dinge mit mir zu reden, wie Patientenvollmacht, etc. Damit konnte eine medizinisch notwendige Therapie eingeleitet und durchgeführt werden.

D

HANDLUNGSFELDER DER INTERKULTURELLEN ÖFFNUNG

HANDLUNGSFELDER DER INTERKULTURELLEN ÖFFNUNG

Die interkulturelle Öffnung wirkt sich auf alle Managementbereiche einer Klinik aus. Interkulturalität findet sich nicht nur in der zielgruppenorientierten Ausrichtung der Angebote, sondern auch in der Öffentlichkeitsarbeit und Außendarstellung wieder. Dabei ist die Vernetzung mit Migrantenorganisationen ein wichtiger Bestandteil. Für die Personalentwicklung im Krankenhaus bedeutet interkulturelle Öffnung die gezielte Beschäftigung von Fachkräften mit Migrationshintergrund, die Vermittlung von interkultureller Kompetenz in Theorie und Praxis im Rahmen der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungscurricula sowie die fachliche Begleitung der Zusammenarbeit im Team (Falkenroth und Wagner 2008). Im Rahmen kultursensibler Qualitätskriterien und durch Maßnahmen wie kontinuierliche Patientenbefragung (auch in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten) nimmt das Qualitätsmanagement eines Krankenhauses den Gedanken der interkulturellen Öffnung auf.

In den folgenden Unterpunkten werden einige Fallbeispiele aus der Praxis vorgestellt, die spezifische Probleme der einzelnen Handlungsfelder illustrieren. Es handelt sich dabei nicht um exakte Problemanalysen, vielmehr werden mögliche und häufiger auftretende Missverständnisse anhand realer Situationen beschrieben, um einen Eindruck von den vielfältigen Störungen bei der Verständigung im Krankenhaus zu vermitteln.

I

KOMMUNIKATION

KOMMUNIKATION

Der Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung wird durch das Gespräch zwischen Arzt, Versorgungsteam sowie Patientinnen und Patienten gelegt. Diagnosen können meist nur zielgenau und differenziert erstellt werden, wenn der Patient, die Patientin in der Anamnese genaue Angaben zu ihren Krankheitssymptomen und Beeinträchtigungen machen können. Jede Patientin und jeder Patient hat das Recht auf adäquate Verständigungsmöglichkeiten und eine angemessene Aufklärung und Beratung sowie auf eine sorgfältige und qualifizierte Behandlung (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Justiz 2003). Das gegenseitige Verstehen und damit auch die Bereitstellung von Sprachmittlung kann überforderte Fachkräfte, falsche oder unzureichende Beratung, mögliche Fehldiagnosen, verspätete oder unangemessene Therapien und damit verbundene Behandlungsfehler, persönliches Leid sowie unnötige Kosten verhindern (Brucks und Wahl 2003). Dennoch treten im Krankenhausalltag immer wieder Sprach- und Verständigungsprobleme auf und schränken eine adäquate Behandlung und Pflege erheblich ein oder verhindern sie sogar ganz.

Aufgrund ihrer Lebensumstände und Biografien versteht ein Teil der älteren Migrantinnen und Migranten, und hier vor allem die in den 50er, 60er und 70er Jahren zugewanderten Arbeitsmigrantinnen und -migranten, nur wenig Deutsch. Bei manchen Patientinnen und Patienten reicht der deutsche Sprachschatz gerade für Dinge des täglichen Gebrauchs aus, nicht aber um Symptome auszudrücken oder ärztliche/pflegerische Erklärungen zu verstehen. Die folgende kurze Fallbeschreibung macht deutlich, wie wichtig auch Interesse an der Lebensgeschichte und eine angemessene Zuwendung für die Patientinnen und Patienten sind. Dabei erleichtert eine muttersprachliche Behandlerin oder Behandler den Kontakt, grundsätzlich kann in ähnlichen Fällen aber auch eine deutsche Therapeutin oder ein deutscher Therapeut unter Beteiligung einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers eine erfolgreiche Behandlung leisten.

22 ÄRZTINNEN UND ÄRZTE KONSULTIERT, LVR-KLINIK KÖLN

Frau D. ist 52 Jahre alt. Sie leidet seit ca. 23 Jahren unter Magenschmerzen und seit 5 Jahren zunehmend unter depressiven Zuständen. Sie klagt über massive Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Antriebslosigkeit und Angstzustände. Eine psychotherapeutische Behandlung war bislang weder von ihr noch von ihrem Hausarzt in Betracht gezogen worden.

Im Gespräch erzählt die Patientin von ihrem Leben, das sie ganz in den Dienst der Familie gestellt habe: „Ich habe geheiratet, weil meine Eltern es wollten, ich habe den Mann geheiratet, den meine Mutter für mich bestimmt hatte. Meinen Mann habe ich das erste Mal bei der Trauung gesehen. Ich musste einige Jahre 11–12 Stunden am Tag arbeiten und nebenbei den Haushalt versorgen. Wir haben ein sehr schönes Haus in der Türkei gebaut, deswegen mussten wir arbeiten. Das einzige Problem ist meine Krankheit. Ich erinnere mich genau daran, dass ich ca. ein Jahr nach der Heirat Magenschmerzen bekommen habe. Eigentlich bin ich seitdem krank. Mit der Hoffnung, kann der eine Arzt mir nicht helfen, hilft der andere, bin ich zu jedem Arzt gegangen, von dem ich etwas Positives gehört habe. Ich habe 22 Ärzte gezählt, aber es sind vielleicht mehr. Zum ersten Mal hört mir jetzt jemand in meiner Sprache zu. Ich fühle mich so erleichtert, wenn ich mit Ihnen spreche. Sie können es nicht glauben, aber zum ersten Mal erzähle ich jemandem etwas von mir, von meinem Leben. Ich verstehe nicht, warum man mich bisher nicht zu Ihnen geschickt hat.“

Nach einer fünfwöchigen stationären Behandlung konnte sie nahezu beschwerdefrei aus der Klinik entlassen werden. Die Schmerzen sind deutlich in den Hintergrund getreten, die Stimmung ist weniger sorgenvoll, die Arbeiten im Haushalt wurden auf mehrere Schultern verteilt, so dass sie etwas Zeit zur Erholung hat. In der Psychotherapie hat sie gelernt, sich gezielt zu entspannen, sie nimmt die verordneten Medikamente und ist motiviert, eine ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

Sprachliche Verständigungsprobleme können krankheitsbedingt im Alter zunehmen. Aufgrund der demografischen Entwicklung treten auch Demenzerkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit Zuwanderungsgeschichte häufiger auf. Folgen können der Verlust der zuvor sogar gut beherrschten deutschen Sprache sein.

VERLUST DER DEUTSCHEN ZWEITSPRACHE IN DER DEMENZ, VITOS KLINIKUM GIESSEN-MARBURG

Der 54 jährige Mustafa S., ein freundlicher, gut Deutsch sprechender Arbeiter kommt mit einer depressiven Verstimmung in die Sprechstunde der Ambulanz der Vitos Klinik Marburg. Er lebt seit dem Tod seiner Frau vor knapp einem Jahr mit seiner 18-jährigen Tochter und einem seiner beiden Söhne (24 Jahre) zusammen. Er fühlt sich schuldig am Tod seiner Frau und entwickelt einen depressiven Wahn, nichts mehr wert zu sein und von der Polizei abgeholt zu werden. Trotz intensiver psychopharmakologischer und klinischer Behandlung ist nur eine Teilremission erreichbar, nach 5 Jahren wird er vorzeitig berentet und scheidet aus dem Arbeitsleben aus. Nach der Berentung verstärkt sich die wahnhafte Symptomatik und es entwickeln sich zusätzlich kognitive Störungen. Herr S. verliert zunehmend die deutsche Sprache, ein Behandlerwechsel zu einem Facharzt in der geronto-psychiatrischen Ambulanz scheitert, weil er sich nicht an den neuen Arzt gewöhnen kann. Zwei Jahre nach Beginn der dementiven Erkrankung ist keine Kommunikation in deutscher Sprache mehr möglich.

Gerade in der Psychiatrie ist es von hoher Bedeutung, dass die Untersuchenden alle Informationen erhalten, um sich ein möglichst genaues Bild gerade auch von dem inneren Erleben der Patientinnen und Patienten machen zu können. Dies erfordert professionelle Dolmetscher, die mit psychiatrischen Krankheitsbildern vertraut sind, wie das folgende Beispiel belegt. Angehörige eignen sich meist nicht für die Verbesserung der sprachlichen Verständigung, sie sind aber als Informanten für fremdanamnestische Angaben wichtig und sollten, wenn möglich, auch gut informiert und in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Das kann dazu beitragen, die Mitarbeit (Compliance) der Patientinnen und Patienten bei der Behandlung zu stärken. In Kulturen, die sich in stärkerem Maße auf familiären Zusammenhalt gründen, ist dies unverzichtbar.

DEPRESSION ODER PSYCHOSE?, LVR-KLINIK KÖLN

Ein kurdisch/türkisch sprechender Patient meldet sich mit Hilfe seines Bruders in der Psychiatrischen Klinik. Er befindet sich zu diesem Zeitpunkt seit drei Monaten als Flüchtling in der Bundesrepublik. Da er kein Deutsch spricht, übersetzt sein Bruder das Gespräch. Der Arzt, der das Aufnahmegespräch führt, ist der Ansicht, dass der Patient depressiv verstimmt ist und ambulant behandelt werden sollte. Diese Entscheidung hat er aufgrund der Aussagen des Bruders getroffen. Es wird ein kurdisch sprechender Fachmann hinzugezogen, weil der Patient bzw. der Bruder nicht zu einem türkischsprechenden Arzt gehen will. Da der Patient als Kurde in der Türkei verfolgt und gefoltert worden sei, haben sie Angst, von einem türkischen Arzt nicht angemessen behandelt zu werden, bzw. ihm nicht vertrauen zu können.

Der hinzugezogene Psychotherapeut stellt fest, dass der Arzt im Aufnahmegespräch gar keinen direkten Kontakt mit dem Patienten aufnehmen konnte. Er hat lediglich beobachtet, dass der Patient irgendwie verzweifelt vor sich hinschaute und isoliert wirkte.

Im Gespräch erzählt der Patient, dass er in den letzten zwei Wochen Menschengestalten sehe, Stimmen höre, die ihm befehlen, dies und jenes zu machen. Die imperativen Stimmen seien sehr bedrohlich und machen ihm Angst. Seiner Haltung, Gestik und Mimik ist zu entnehmen, dass er unter massiven Angstzuständen leidet.

Für den Bruder sind diese paranoiden Innenerlebnisse nicht von Bedeutung. Ihm ist es wichtig zu erzählen, dass sein Bruder mit niemandem gesprochen hat, nicht gegessen hat und dass er einmal einen Gelbsuchtanfall hatte. Der Bruder hat es nicht für nötig gehalten, dem Arzt von den Innenerlebnissen des Patienten zu erzählen. Denn sie sind seiner Ansicht nach nicht von Bedeutung. Somit hat er (unbeabsichtigt) das eigentliche Krankheitsbild verschwiegen.

In einem anderen Fall wurden die kulturell-religiösen Bedürfnisse eines Patienten zunächst nicht verstanden, was auf der Station Irritationen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auslöste. Hier handelt es sich also weniger um ein rein sprachliches, sondern vielmehr um ein kulturelles Verständigungsproblem:

DER SCHEINBAR AGGRESSIVE PATIENT,
STÄDTISCHES KLINKUM MÜNCHEN GMBH

Es handelte sich um einen älteren türkischen Muslimen auf der chirurgischen Station des Klinikums München Schwabing. Die Dolmetscherin war vom Krankenhaussozialdienst zu ihm gerufen worden, weil der Patient einen Antrag für eine Anschlussheilbehandlung ausfüllen sollte. Als die Stationsärztin die türkische Dolmetscherin sah, sprach sie ein Problem an, welches die Beschäftigten auf der Station täglich zu bewältigen hätten. Jeden Morgen würde der ansonsten sehr liebenswerte alte Herr bei der Morgenwäsche die ihn versorgende Pflegekraft abwehren, quasi um sich schlagen. Das Pflegepersonal wisse sich nicht zu helfen, man sei ratlos. Mit Hilfe der Dolmetscherin war die Grundlage des Problems rasch erfasst: Der Patient, zu strenger Bettruhe verpflichtet, wollte am Morgen seine rituellen Waschungen vornehmen, wurde aber dabei von der Pflegerin, die nach der Regel der pflegerischen Waschung vorging, daran gehindert. Es handelte sich also nicht um einen „aggressiven" Patienten, sondern um einen gläubigen Muslim, der nichts anderes wollte, als frisches Wasser und ein paar Minuten Zeit, um seinen religiösen Handlungen nachzugehen.

Häufig greifen Kliniken bei Sprachdefiziten auf Familienangehörige ihrer Patientinnen und Patienten zurück. Dadurch können eine Vielzahl von Übersetzungsfehlern, aber auch ethisch schwierige Situationen entstehen, z.B. bei der Besprechung von schweren Erkrankungen und/oder Tabuthemen. Problematisch ist in der Praxis, dass Informationen von Familienangehörigen bei der Weitergabe entsprechend den Bewertungen der familiären Übersetzerinnen und Übersetzern verändert, damit u. U. verfälscht werden.

FAMILIENANGEHÖRIGE ALS ÜBERSETZER,
HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Es wurde eine junge türkische Patientin aufgenommen. Sie war frisch verheiratet, schwanger und vor kurzem aus der Türkei nach Deutschland gekommen. Sie lag auf der gynäkologischen Station wegen vorzeitiger

Wehen und machte einen verängstigten Eindruck. Ihre Familienangehörigen übersetzten zwischen ihr und dem Behandlungsteam.

Als eine Übersetzerin während eines psychosomatischen Konzils eingeschaltet wurde, fasste sie Vertrauen und konnte endlich frei sprechen. Ihr Ehemann hatte sie wiederholt geschlagen und sie hatte große Angst vor der gesamten Familie. Sie konnte sich aber zunächst keinem der Ärzte oder Schwestern anvertrauen, weil die Familie zur Übersetzung bei allen Gesprächen anwesend war.

Es gelang aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse, die junge Frau in einem Frauenhaus unterzubringen und damit für ihre persönliche Sicherheit und die ihres Kindes zu sorgen.

In vielen Krankenhäusern findet man so genannte Dolmetscherlisten, auf denen diejenigen Mitarbeitenden vermerkt sind, die eine andere Sprache sprechen. Diese „Ad-hoc-Dolmetscher", meist Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter aus dem Haus-, Transport- oder Reinigungsdienst, sind häufig als Dolmetschende überfordert. In einer Studie wurde bei diesen Übersetzungen – auch als „stille Post" bezeichnet – eine Fehlerquote von 23% bis 52% bei der Übersetzung von ärztlichen Fragen festgestellt (Bischoff und Steinauer 2007). Die häufigsten Fehler der Ad-hoc-Dolmetscherinnen und Dolmetscher sind das Weglassen von Informationen (52%), fehlinterpretierte Sätze (16%); „kreatives Ersetzen" fehlender Informationen (13%), Umformulierungen (10%) und Ergänzungen (8%) (Flores et al 2003). So wird leicht verständlich, warum bei einer Untersuchung, ob Kommunikationseinschränkungen auf Patientenseite das Risiko für vermeidbare, unerwünschte Ereignisse erhöht, ein dreifach erhöhtes Risiko ermittelt wurde (Barlett et al 2003). Dies betrifft insbesondere die Arzneimittelsicherheit, da hier die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten für eine korrekte Einnahme besonders wichtig ist.

Für professionelle Dolmetscherdienste gibt es (außer bei Gehörlosen / Gebärdendolmetschern) für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten „grundsätzlich keine Erstattungsfähigkeit" (Spickhoff 2010). So sind Kliniken darauf angewiesen, andere und möglichst praktikable und kostengünstige Lösungen zu finden. Ein sinnvolles Modell stellt der „Hausinterne Dolmetscherdienst" (Wesselman et. al. 2004) des Städtischen

Klinikum München GmbH dar. Ihm wurde 2002 vom damaligen Bundespräsidenten Johannes Rau im Rahmen des bundesweiten Wettbewerbs „Integration von Zuwanderern“ eine „besondere Anerkennung für vorbildliches Engagement bei der Integration von Zuwanderern in der Bundesrepublik Deutschland“ zugesprochen.

HAUSINTERNER DOLMETSCHERDIENST, STÄDTISCHES KLINIKUM MÜNCHEN GMBH

Der „Hausinterne Dolmetscherdienst“ ist ein qualifizierter und strukturierter Übersetzungsdienst von mehrsprachigen, medizinisch/pflegerisch ausgebildeten und geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinikums, der für Personal sowie Patientinnen und Patienten und deren Angehörige kostenlos mündliche Übersetzungsleistungen anbietet. Derzeit übersetzen ca. 120 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den 5 Klinikstandorten des Städtischen Klinikums München GmbH in über 35 Sprachen. Tagsüber finden v.a. geplante Einsätze (Notfallregelung vorhanden) statt, nachts kann per Telefon gedolmetscht werden.

Die Mitarbeit im „Hausinternen Dolmetscherdienst“ ist freiwillig. Es erfolgt eine gründliche Einweisung in die Tätigkeit. Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher erhalten für ihre dokumentierten Einsätze einen Arbeitszeitausgleich, begleitende Beratung und eine jährliche Fortbildung.

Geregelt sind in dem Modell die Struktur der Inanspruchnahme des Dienstes, die Fortbildung, der Schutz sowie die juristische Absicherung der Dolmetschenden sowie des Klinikums und die Dokumentation.

Mittlerweile wurde das Modell auf mehrere Kliniken übertragen. Jüngstes Beispiel ist die Salzburger Landesklinik.

Die nachfolgenden Ausschnitte aus Kurzinterviews von Beschäftigten aus dem Städtischen Klinikum München zeigen, wie notwendig das Personal auf geeignete Kommunikationsmittler im Klinikalltag angewiesen ist, welche Kompetenz die Dolmetscher bei Übersetzungen einbringen und wie notwendig die Informationen für die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sind.

DOLMETSCHERINNEN UND DOLMETSCHER DES STÄDTISCHEN KLINIKUMS MÜNCHEN GMBH BERICHTETEN VON IHREN ERFAHRUNGEN:

NOTAUFNAHME:
„Manchmal handelt es sich wirklich um Leben und Tod. Wenn zum Beispiel jemand schreit, wie neulich ein albanischer Patient. Er schreit und springt vom Bett runter und wir wissen nicht: Hat er Alkohol getrunken, hat er Drogen genommen, hat er Schmerzen? Man hat einfach keine Ahnung was er hat. Er kann sich nicht äußern. Das ist schon dramatisch."

INTERNISTISCHE STATION:
„Ich erinnere mich sehr gut an meinen letzten Fall. Es war eine griechische Patientin zwischen 30 und 40 Jahren. Sie war mit Herzbeschwerden eingeliefert worden und da war schon ein Missverständnis. Der Mann von ihr meinte, seine Frau hätte im Herz ein kleines Säckchen, das mit Flüssigkeit gefüllt war und das einfach aufgestochen werden sollte. Woher er das hatte, weiß ich nicht. Auf jeden Fall hat sich dann herausgestellt, dass die Patientin eine künstliche Herzklappe brauchte, um wieder gesund zu werden. Ich habe ihnen dann alles erklärt und sie sind aus allen Wolken gefallen, weil sie damit nicht gerechnet hatten."

NEUROLOGIE
„Ich dolmetsche als Krankenschwester für meine Landsleute aus Kroatien. Viele deutsche Kollegen denken erst mal, dass das nicht nötig ist. Die meisten der älteren Kroaten sind schon lange als Gastarbeiter in München und können sich ganz gut in Deutsch verständigen. Aber nur im Alltag. Für die Situation krank zu sein und im Krankenhaus zu liegen, fehlt ihnen die Sprache. Sie haben eine riesengroße Angst vor allem und verstehen nur einen Teil von dem, was man ihnen sagt."

Besonders schwierig ist es auf der neurologischen Station. Da arbeite ich in der Pflege. Wir haben oft Patienten aus Ex-Jugoslawien, die eine zentrale neurologische Schädigung wie z.B. einen Hirnschlag haben. Die Patienten sind dann schon durch die Krankheit unkonzentriert, verlangsamt und haben häufig Spracheinschränkungen.

Bei diesen Patienten eine Diagnose zu stellen ohne Kommunikation geht eigentlich nicht. Der Patient muss befragt werden und er muss die Anweisungen der Untersucher verstehen. Wie soll der Arzt z.B. feststellen, ob und in welchem Umfang eine teilweise Lähmung vorliegt, wenn der Patient nicht die Aufforderung versteht: Drücken Sie meine Hand so fest wie möglich, heben Sie das Bein an, usw. Es nützt auch nichts, dem Patienten mit einem Löffel vor dem Gesicht herumzufuchteln. Er muss verstehen, dass ein Test wegen möglicher Schluckstörungen gemacht werden muss.

Spreche ich mit diesen Patienten in ihrer Muttersprache, beginnen sie sofort zu lächeln. Ich kann richtig sehen, wie ein riesiger Berg von Angst und Schrecken von ihnen abfällt. Sie sind nämlich oft der Meinung, dass sie aufgrund ihrer krankheitsbedingt noch schlechteren Deutschkenntnisse insgesamt ihre Sprachfähigkeit verloren haben. Und das ist oft nicht der Fall. Dann schöpfen sie auch wieder Mut und machen bei der Therapie mit.

Sonst passieren so Sachen wie neulich. Da hat mich ein kroatischer Patient angesprochen und gesagt: „Ihr müsst ja viel Zeit haben, dass ihr mit mir auf dem Gang spazieren geht." Er hatte nicht verstanden, dass das Gehtraining eine gezielte therapeutische Maßnahme ist."

DIABETOLOGIE

„Ich bin einmal in die Diabetologie gerufen worden. Dort war ein sehr junges Ehepaar aus Afghanistan. Die Frau hatte einen Schwangerschaftsdiabetes. Die Ärzte wollten meine Übersetzung, obwohl der Ehemann gut deutsch sprach. Sie hatten den Eindruck, dass der Mann seiner Frau nicht korrekt erklärt, wie sie die Medikamente gegen ihre Zuckerkrankheit nach der Geburt weiter einnehmen muss.

Die junge Frau hat sich sehr über meine Anwesenheit gefreut. Der Mann hatte sie gezwungen, die Medikamente zu nehmen. Aber nicht so, wie die Ärzte angeordnet hatten. Sie war verzweifelt über den Diabetes und wusste nicht, wie sie sich verhalten soll. Nachdem alles aufgeklärt war, war die Patientin mit der Medikamenteneinnahme einverstanden und sehr erleichtert, dass dies nicht gefährlich für sie und ihr Kind war."

Bewährt hat sich ebenfalls das Konzept des Gemeindedolmetscherdienstes, das bundesweit in mehreren Städten aufgebaut wurde. Diese Dienste setzen für Dolmetschertätigkeiten im medizinischen und psychosozialen Bereich ausgebildete Laien ein und sind somit wesentlich kostengünstiger als professionelle Dienste.

DOLMA – DOLMETSCHERSERVICE FÜR DAS SOZIAL- UND GESUNDHEITSWESEN, LANDKREIS MARBURG-BIEDENKOPF

Der Vorschlag der Arbeitsgruppe Integration, einen bezahlbaren und gleichzeitig professionellen Dolmetscherdienst in der Gemeinde aufzubauen, wurde von der Politik aufgegriffen, der Fachbereich Gesundheit und das Büro für Integration des Landkreises Marburg-Biedenkopf wurden mit der Einrichtung beauftragt.

Nach Abschluss der Ausbildung von 22 Dolmetscherinnen und Dolmetschern mit 20 Sprachen konnte der Dienst Anfang 2010 seine Arbeit aufnehmen. Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher haben selbst einen Migrationshintergrund. Sie konnten über die bestehenden Netzwerke gewonnen werden. Alle hatten zuvor schon im privaten Bereich gedolmetscht, einige sind ausgebildete Dolmetscher und Übersetzer. Die Ausbildung beinhaltete als Schwerpunkte Ethik und Technik des Dolmetschens. In der weiteren Ausbildung wurden die wichtigsten medizinischen Begriffe aus den Bereichen Anatomie, Physiologie, Krankheiten und ihre Behandlung, Psychiatrie und Psychotherapie behandelt. Weiterhin standen das Thema öffentliches Gesundheitswesen, die Situation der Migrantinnen und Migranten, ein Überblick über Integrationsangebote, die sozialen Dienste und interkulturelle Kommunikation auf dem

Stundenplan. Inzwischen wurde eine zweite Ausbildung abgeschlossen, die Sprachpalette erweitert und wichtige Sprachen mehrfach besetzt.

Neben den Kosten für die Ausbildung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern bleiben die Personalkosten für eine Teilzeitstelle zur Koordination der Einsätze und für die Projektleitung beim Leiter des Büros für Integration. Die Kosten für Einsätze der Dolmetscher (Honorar und Fahrtkosten) werden von den anfordernden Stellen getragen. Die Honorare sind ein Kompromiss zwischen einer angemessenen Bezahlung und den finanziellen Möglichkeiten der (teilweise gemeinnützigen) Einrichtungen und betragen aktuell 24 Euro pro Stunde. Von großer Bedeutung ist eine regelmäßige Supervision für die Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die oft großen psychischen Belastungen ausgesetzt sind.

Die steigenden Einsatzzahlen belegen den Bedarf. Nach 215 mündlichen Dolmetschereinsätzen in 2010 stieg die Zahl 2011 auf 359 Einsätze, hinzu kommen Aufträge für schriftliche Übersetzungen in bis zu 18 Sprachen. Im Rahmen einer Vereinbarung finden viele Einsätze in der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen-Marburg statt. Mit einer weiteren Klinik finden zurzeit Verhandlungen statt, so dass für die Zukunft eine weitere Steigerung der Einsatzzahlen erwartet wird. Die häufigsten Einsätze waren in beiden Jahren im medizinischen Bereich zu verzeichnen. Weiterhin wurden Dolmetscher für die Bereiche Erziehung und Schule, Jugendhilfe, Beratungsstellen, Flüchtlingsbetreuung und Betreuungsstellen angefordert.

Zum Teil finden sich auch spezielle Angebote im Bereich Aufklärung, Prävention, Beratung, die vor allem durch das Angebot der Kommunikation in der eigenen Muttersprache für Migrantinnen und Migranten attraktiv sind.

MUTTERSPRACHLICHE SPRECHSTUNDEN IM KLINIKUM HARLACHING, STÄDTISCHES KLINIKUM MÜNCHEN GMBH

Das Klinikum Harlaching des Städtischen Klinikums München GmbH bietet seit 2009 eine Hüft- und Kniesprechstunde in türkischer Sprache an. Hier beraten Chirurgen Mitbürgerinnen und Mitbürger ausführlich und persönlich über die eventuellen Vorzüge oder auch Nachteile diverser chirurgischer Eingriffe. Es ist immer ein türkischer Dolmetscher vor Ort, um in der Kommunikation behilflich zu sein. Auch bei einem türkischen Seniorinnen- und Seniorentreff waren die Ärztinnen und Ärzte eingeladen und wurden für ihr Angebot von den zahlreichen Interessenten sehr gelobt. Mittlerweile planen auch andere Bereiche in den Kliniken wie z.B. die Dermatologie, ähnliche Angebote zu entwickeln.

„KLINIK-INFO TÜRKISCH“ IM KLINIKUM SCHWABING UND KLINIKUM NEUPERLACH, STÄDTISCHES KLINIKUM MÜNCHEN GMBH

Mit „Klinik-Info türkisch“ bietet das Klinikum Schwabing seit Frühjahr 2012 einen neuen kostenlosen Service, der die Versorgung nichtdeutscher Münchner Bürgerinnen und Bürger verbessern soll. Türkischsprachige Patientinnen und Patienten können sich nun in ihrer Muttersprache telefonisch oder persönlich rund um das Krankenhaus und seine Leistungen informieren. Ziel ist es, dass sich Patientinnen und Patienten bei persönlichen Anliegen durch die Umgehung der Sprachbarriere möglichst rasch und unkompliziert wichtige Informationen einholen können.

Seit April 2013 wurde das Serviceangebot auf das Klinikum Neuperlach ausgedehnt. Der türkischsprachige Mitarbeiter des StKM kann jederzeit angerufen werden. Bei Abwesenheit ist ein Anrufbeantworter geschaltet. Außer allgemeine Auskünfte zu erteilen, wie beispielsweise über Besuchszeiten, Ambulanzen, Abteilungen, notwendige Formulare etc., kann er bei schwierigeren Anliegen die zur Klärung erforderlichen Klinik-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ansprechen, Kontakte herstellen oder auch persönliche Beratungstermine für die Auskunftssuchenden organisieren.

TÜRKISCHSPRACHIGE GESUNDHEITS-INFORMATIONSREIHE IM KLINIKUM SCHWABING, STÄDTISCHES KLINIKUM MÜNCHEN GMBH

Auf Wunsch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der türkischsprachigen Selbsthilfegruppe für Diabetiker auch zu anderen Krankheitsbildern Wissenswertes zu erfahren, bietet das Klinikum Schwabing (StKM) seit 2009 zusätzlich die „Türkischsprachige Gesundheits-Informations-Reihe“ an. Es handelt sich um eine ganzjährig durchgeführte Veranstaltungsreihe mit Informationsvorträgen zu Themen wie Impfschutz, Diabetes, Rückenschmerzen/Bandscheibenvorfall, Magen- Darmerkrankungen, Augenleiden, Herzbeschwerden und Herzinfarkt. Es wird derzeit geplant, den Themenkatalog um Informationen über häufige psychische Krankheiten wie Depression und Demenz zu erweitern.

Das Angebot wird mit sehr großem Interesse aufgenommen. Mittlerweile sind die gut besuchten Veranstaltungen in ganz München bekannt. Hausärztinnen und -ärzte nutzen sie, um Patientinnen und Patienten auf wichtige Informationen aufmerksam zu machen, Klinikärztinnen und -ärzte sehen sie als ein gutes Mittel, um Prävention zu betreiben und auf ihre medizinische Fachleistung aufmerksam zu machen.

TÜRKISCHE GESPRÄCHSGRUPPE, VITOS KLINIK GIESSEN-MARBURG

Seit mehr als 15 Jahren ist die mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern zweisprachig geführte Gesprächsgruppe ein Behandlungsbaustein der stationären Therapie.

Die themenzentrierte Gesprächsgruppe setzt sich aus stationären und ambulanten türkischen Patientinnen und Patienten zusammen. Die Patientinnen und Patienten werden angeregt, eigene Erfahrungen zu berichten und sich auszutauschen. Dadurch werden psychotherapeutische Prozesse angestoßen. Inhaltlich geht es um zentrale psychosoziale Themen, die im Zusammenhang mit der Migration stehen, z.B. Erziehung, Besonderheiten türkischer und deutscher Kultur, Religion, Integrationsprobleme, Arbeitsplatzsituation, Generationskonflikte im Lebensalltag in Deutschland.

Die Gruppe bietet ein Lernfeld, sich mit anderen, teilweise unterschiedlichen Meinungen auseinanderzusetzen und Unterstützung durch andere zu erfahren. Durch die Teilnahme von erfahrenen ambulanten Patientinnen und Patienten werden Hemmungen, in der Gruppe zu reden, abgebaut. Ein Zugang zur Reflektion der eigenen Probleme kann oft leichter durch das Betrachten bei anderen Gruppenmitgliedern angeregt werden. Die Erfahrung, dass Austausch in der Gruppe möglich ist, fördert die Verbundenheit untereinander.

Die Gruppe dauert 60 Minuten und findet 1x wöchentlich unter der Leitung eines Therapeuten und der Sozialpädagogin statt.

II

AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Neben Verständigungsschwierigkeiten aufgrund von Problemen bei der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit sind es vor allem unterschiedliche kultur- oder religionsbedingte Auffassungen bestimmter Sachverhalte, die im Alltag einer Klinik immer wieder zu Missverständnissen führen. Die Qualität und Nachhaltigkeit von Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern ist daher entscheidend mit der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbunden.

Im nachfolgenden Beispiel geht es um die persönliche Sichtweise und das Krankheitsverständnis eines Patienten islamischen Glaubens. Die religiöse Interpretation einer Krankheit ist allerdings nicht spezifisch muslimisch und kann genauso Patientinnen und Patienten mit einem anderen Glauben betreffen.

RELIGIÖSE INTERPRETATION VERSUS MEDIZINISCHE AUFKLÄRUNG

„Man hatte einem jungen türkischstämmigen Lymphomkranken, der erfolgreich eine sehr intensive und belastende Chemotherapie durchgemacht hatte, bei einer Nachuntersuchung mitgeteilt, dass er nun in Vollremission sei, d.h. dass alle Zeichen einer noch vorhandenen Krankheit fehlen. Der Patient, in seinem Gesamtauftreten sehr depressiv, änderte sein Verhalten nicht im Geringsten, so, als habe er das positive Untersuchungsergebnis nicht verstanden. Die Aufklärung des Patienten wurde am Folgetag wiederholt, aber trotzdem blieb der Patient weiterhin sehr traurig. Die Ärzte beschlossen daraufhin, die türkische Dolmetscherin des krankenhausinternen Dolmetscherdienstes zu rufen, um das Untersuchungsergebnis ein drittes Mal, diesmal auf Türkisch, zu wiederholen. Der gleiche Vorgang, diesmal mit Übersetzung, wiederholte sich. Die Niedergeschlagenheit des Patienten hielt nach wie vor an. Die Dolmet-

scherin, anschließend befragt, ob sie sich das allen Mitarbeitern unverständliche Verhalten erklären könnte, berichtete folgendes: Der Patient habe sich sehr gefreut, sie zu sehen. Nachdem sie die Befundergebnisse und Befundbewertung der Ärzte übersetzt hatte, hätte der Patient geäußert, genau das gleiche habe er schon zwei Mal gehört. Und, so fügte er hinzu, das alles ändert nichts an meiner Lage. Allah hat mir diese Krankheit geschickt, und ich werde daran sterben. Aber das brauchst du den Weißkitteln nicht zu übersetzen, die verstehen das sowieso nicht." (Wesselman 2009)

Neben religiösen Vorstellungen wirkt sich auch die Sozialisation in individuell oder kollektivistisch geprägten Gesellschaften auf Wert- und Normvorstellungen aus. Diese von Geert Hofstede (2001) entwickelten Kulturdimensionen beschreiben, ob eine Gesellschaft sich eher am Individuum oder am Wohlergehen einer sozialen Gruppe orientiert. In kollektivistisch ausgerichteten Gesellschaften wird beispielweise dem Zusammenhalt der Familie große Bedeutung zugeschrieben und es finden Rollenzuweisungen statt, die in der westlichen Welt eher ungewöhnlich sind. So zeigt das nächste Beispiel, dass nur die Einbeziehung des Vaters des erkrankten Kindes eine erfolgreiche Anwendung ärztlicher Maßnahmen zu Hause möglich machte.

FEHLENDE BEACHTUNG DER FAMILIENSTRUKTUR

Ein chronisch krankes Kind wird regelmäßig zur medikamentösen Einstellung stationär aufgenommen. Es wird durch die Mutter begleitet. Der Vater kommt nach der Arbeit am Abend zu Besuch. Die Therapiemaßnahmen werden mit der Mutter besprochen und das Kind schon bald wieder entlassen. Dieser Vorgang wiederholt sich mehrmals, da die besprochenen Therapiemaßnahmen nicht eingehalten werden und neuerliche stationäre Aufnahmen dadurch notwendig wurden. Erst durch das Hinzuziehen eines Kulturvermittlers wird ein Weg zur Therapietreue gefunden, das Gespräch im Beisein des Vaters geführt, der den besprochenen Maßnahmen zustimmt. Seitdem waren keine weiteren stationären Aufnahmen mehr notwendig (Wesselman und Herbst 2012).

Fortbildungen zur Verbesserung der interkulturellen Kompetenz werden in vielen Krankenhäusern in den hausinternen Fortbildungseinrichtungen schon seit längerem angeboten. Inhalte können eine allgemeine Sensibilisierung für kulturelle Überschneidungssituationen, die Vermittlung von kulturspezifischem Hintergrundwissen oder konkrete Handlungsempfehlungen bei bestimmten Situationen sein. Jede Fort- und Weiterbildungsmaßnahme muss den Bedingungen vor Ort angepasst werden. Entscheidend sind der Personenkreis, an den sich die Maßnahme richtet, eventuelle fachliche Spezifika des Krankenhauses sowie die Vorerfahrungen, die in der Klinik zu diesem Thema bereits gesammelt wurden. Bei der Gestaltung einer Fortbildung stellen sich neben inhaltlichen auch Fragen zur zeitlichen Planung sowie zum Veranstaltungsort. Es sollte eine passgenaue Lösung für jede Klinik gefunden werden (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. 2009).

INTERPROFESSIONELLES SEMINAR: INTERKULTURELLE KOMPETENZ, VITOS AKADEMIE GIESSEN-MARBURG

Die Vitos Akademie in Gießen hat den Auftrag, durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen die berufliche Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den psychiatrischen sowie sozial- und behinderten-pädagogischen Einrichtungen der Vitos GmbH und des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen zu fördern. Das Angebot richtet sich auch an externe Träger und Einrichtungen.

Seit 2011 gehört ein zweitägiges Training „Interkulturelle Kompetenz in der psychiatrischen Arbeit“, das zweimal jährlich angeboten wird, zum Programm der Akademie. Es werden Grundlagen transkultureller Psychiatrie und kultureller Kompetenz vermittelt. Denn bedingt durch seelische Folgen traumatischer Erlebnisse, Sprachbarrieren, spezifische soziale und wirtschaftliche Probleme, wird der Behandlungsalltag für Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft zu einer Herausforderung. Es ist das Ziel, interkulturelle Kompetenz zu erweitern, einen Erfahrungsaustausch für an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung Beteiligte zu schaffen, praktische Orientierungshilfen zu geben und für die Arbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern zu sensibilisieren.

Erfahrene Referentinnen und Referenten vermitteln mit Impulsreferaten theoretische Grundlagen. Schwerpunkt des Trainings stellen Rollenspiele, Übungen, Erfahrungsaustausch und die Vorstellung von Konzepten dar. Ergänzt wird dieser Grundkurs ab 2013 durch einen zweitägigen Vertiefungskurs und eine interkulturelle Balint-Gruppe, die die Arzt-Patient-Beziehung in einem Gruppensetting in den Mittelpunkt stellt. Zusätzlich zu klassischer Balint-Arbeit werden auch gezielt Aspekte interkultureller Supervision aufgegriffen (Koch und Müller 2012).

Aufgrund hoher Arbeitsbelastung und einer zum Teil dünnen Personaldecke ist es vielen Kliniken nur schwer möglich, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Teilnahme an ganztägigen Fortbildungsmaßnahmen freizustellen. Auch der Durchdringungsgrad solcher Maßnahmen ist häufig niedrig, weil oft nur wenig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Seminare besuchen können, viele aber das Wissen bei ihrer täglichen Arbeit benötigen. Aus diesem Grund wurde im Städtischen Klinikum München das Konzept der Basic-Schulung „Interkulturelle Versorgung“ entwickelt, das kurze Fortbildungseinheiten direkt auf der Station vorsieht.

BASIC-SCHULUNGEN „INTERKULTURELLE VERSORGUNG“ FÜR PFLEGENDE, STÄDTISCHES KLINIKUM MÜNCHEN GMBH

2008 wurden 350 Pflegende an allen 5 Standorten der Städtischen Klinikums München, quer durch alle Fachrichtungen und Bereiche anonym befragt, wie sie ihre kulturelle Kompetenz im Klinikalltag bewerten. In allen 5 Kliniken schrieben sich die Pflegenden eine hohe Kompetenz in der interkulturellen Pflege zu. Eine schlechte Bewertung erzielte die Frage, inwieweit die Pflegenden Fort- und Weiterbildungsangebote zur kultursensiblen Pflege in Anspruch nehmen und Bedarfe darüber rückmelden. In einer Nacherhebung wurde von allen der knapp 100 befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wunsch geäußert, Kurzschulungen, nicht länger als 2 Stunden auf der Station für das gesamte Team durchzuführen.

Daraufhin stellte eine Gruppe von Pflegenden Schulungsmaterial zusammen, das sich schwerpunktmäßig mit Kommunikation sowie dem kulturellen Umgang mit Schmerz, aber auch mit religiösen Aspekten zu Sterben und Tod, beschäftigt. Seit 2009 werden nun für den Pflegebereich „Basic-Schulung zur interkulturellen Versorgung“ durchgeführt. Bisher haben knapp 400 Pflegende daran teilgenommen. Die geplanten Termine für die Schulung mussten aufgrund der Zufriedenheit der Teilnehmenden und des daraus resultierenden Interesses der bisher Nicht-Geschulten ausgeweitet werden.

In der Fortbildungsakademie gibt es zusätzlich halb- und ganztägige interprofessionelle Seminare im Rahmen der Führungskräfteschulung und der Weiterbildung zur Stationsleitung. Des Weiteren werden Seminare zu besonderen Schwerpunktthemen wie z.B. Schmerz, Palliativversorgung oder zu Patientengruppen wie Muslime angeboten. In den Weiterbildungslehrgängen der Fachausbildungen (z.B. Onkologie, Notaufnahme) sind Module zur interkulturellen Kompetenz fester Bestandteil.

Vor allem in der Pflegeausbildung wird Kultursensibilität zum Thema gemacht, wie ein Praxisbeispiel aus Wesel zeigt.

INTERKULTURELLE KOMPETENZ IN DER PFLEGE, BILDUNGSZENTRUM NIEDERRHEIN (BZNW)

Das Bildungszentrum Niederrhein ist ein großes Ausbildungszentrum im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege und Operationstechnische Assistentin. Es werden diverse Fachweiterbildungen angeboten, wie beispielsweise Onkologie oder Gerontopsychiatrie. Die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund ist fester Bestandteil des Curriculums in der Basisausbildung aller Pflegenden. Zusätzlich gibt es eine jährliche Fortbildung für examinierte Pflegende zur kultursensiblen Pflege.

Im Rahmen der Lerneinheit der Basis-Pflegeausbildung erarbeiten die Auszubildenden eigenverantwortlich vorgegebene Themen, die sie anschließend im Klassenverband vorstellen. In vier Unterrichtseinheiten zu „Kultursensible Pflege – Wie geht das?“ präsentiert eine Fachpflegekraft mit Diversity –Ausbildung Themen, wie z.B. „Interkulturelle Kompetenz – Ein Element fachlicher Professionalität“ und „Stressfaktoren bei Migranten“. Es wird ein kultureller Leitfaden zur Kultursensibilität im Krankenhausalltag vorgestellt und anhand von Fallbeispielen die Bedeutung von Anerkennung und Respekt sowie Kulturbegriffen wie Machtasymmetrie, Kollektiverfahrung, Fremdbilder, differente Kulturmuster erläutert.

Auszubildende nähern sich teilweise nur zögerlich dem Thema, aber viele – wie auch die Teilnehmerinnen des Fortbildungsmoduls – sind begeistert und dankbar, dass sie jetzt konfliktfreier und bedürfnisorientierter mit Menschen nichtdeutscher Herkunft umgehen können.

TRAINING INTERKULTURELLE KOMPETENZ, LVR-KLINIK KÖLN

Die Vermittlung von interkultureller Kompetenz ist im Leitbild der Klinik festgeschrieben und wird im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildungsprogramme umgesetzt. Da dieses Thema gemäß Weiterbildungsordnung (WBO) jedoch nicht zum Ausbildungsgegenstand der ärztlichen Weiterbildung gehört und nicht in der Approbationsordnung verankert ist, kann das Thema aus Kapazitätsgründen nur bedingt im Rahmen der ärztlichen Weiterbildungscurricula angeboten werden.

Es wird aber darauf geachtet, dass die Professionalisierung der Behandelnden bezüglich Interkultureller Kompetenz durch entsprechende interne Fortbildungsangebote sowohl im Rahmen des Ärztlichen Curriculums, als auch im innerbetrieblichen Fortbildungsprogramm unterstützt wird.

So ist der Integrationsbeauftragte Mitglied der Arbeitsgruppe Inhaltliche Gestaltung des Ärztlichen Curriculums und arbeitet eng mit der innerbetrieblichen Fortbildung (IBF) zusammen.

Beispiele zur Erlangung interkultureller Kompetenz sind:

Seit 10 Jahren wird eine psychiatrische Fachtagung veranstaltet, bei der stets einer der drei Hauptvorträge mit einem interkulturellen Thema besetzt ist und immer ein vertiefender Workshop dazu angeboten wird.

Interkulturelle Kompetenz-Trainings (zweitägig) werden halbjährlich im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung angeboten. Je nach der Bedarf und Nachfrage des Fachpersonals werden länder- bzw. kulturspezifische Themen angeboten. Ferner nimmt unser Fachpersonal die Angebote der LVR-Akademie für seelische Gesundheit in Solingen, die regelmäßig interkulturelle Themen anbietet, wahr. Die Leitung der Klinik hat sich zum Ziel gesetzt, die Angebote zur Erlangung von kultureller Kompetenz auszubauen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu motivieren, die Angebote wahrzunehmen.

Trotz enger Stundenpläne in den ärztlichen Curricula wurde mit der Ärztlichen Direktorin, die Weiterbildungsbefugte nach der Weiterbildungsordnung 2012 der Ärztekammer Nordrhein ist, festgelegt, dass pro Halbjahr mindestens eine Veranstaltung zum Thema interkulturelle Kompetenz im therapeutischen Setting stattfinden soll.

MARBURGER GESPRÄCHE ZUR TRANSKULTURELLEN PSYCHIATRIE, VITOS KLINIKUM GIESSEN-MARBURG

Seit mehr als zwanzig Jahren gehört das Thema Transkulturelle Psychiatrie zum festen Bestandteil der Fortbildung der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg. Dabei werden regelmäßig Vorträge mit diesem Schwerpunkt in der Mittwochsfortbildung für Teilnehmende aus der Klinik und auswärtige Interessierte angeboten. Ein spezieller Einladungsverteiler stärkt auch die Kooperation mit Institutionen in der Region, die sich ebenfalls mit eigenen Angeboten an Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund wenden. Eintägige Symposien mit verschiedenen Themenschwerpunkten (z.B. ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, kultursensible Versorgungskonzepte, Sucht und Migration oder Asyl und Psychiatrie) runden das Fortbildungsangebot der Klinik ab.

Kompetenztraining ist aber auch für die Patientinnen und Patienten möglich, wie das folgende Beispiel aus Marburg zeigt.

SPRACH- UND ALLTAGSKOMPETENZGRUPPE FÜR ZUGEWANDERTE, VITOS KLINIKUM GIESSEN-MARBURG

Auch wenn Patientinnen und Patienten mit Zuwanderungsgeschichte eine aktive Lebensleistung und oft überdurchschnittliche Eigeninitiative vorweisen können, so verfügen sie oft über wenig Selbstvertrauen in der Kommunikation in deutscher Sprache, was die Bewältigung alltäglicher Aufgaben betrifft. Aus dieser Erfahrung entstand dieses niedrigschwellige Angebot.

Die Teilnehmenden sollen ermutigt und befähigt werden, in Angelegenheiten ihres täglichen Lebens selbständig zu handeln und Probleme aktiv anzugehen. Die Kommunikation erfolgt in deutscher Sprache ohne Dolmetscher. In Rollenspielen werden z.B. Bank- und Behördengänge geübt, wobei sich die Teilnehmenden bei Schwierigkeiten gegenseitig unterstützen. Diese Gruppe wird von den Patientinnen und Patienten gerne besucht und fördert das Selbstvertrauen in eigene Fähigkeiten. Die Gruppe wird 1 x wöchentlich von der Sozialpädagogin geleitet und dauert 45 Minuten.

III

UNTERSTÜTZENDE SERVICEANGEBOTE

UNTERSTÜTZENDE SERVICEANGEBOTE

Der stationäre Aufenthalt in einem Krankenhaus bringt für Patientinnen und Patienten Einschränkungen in den täglichen Gewohnheiten mit sich. Verstärkt durch seelisch und psychisch belastende Situationen oder einen krankheitsbedingten Verlust an Mobilität bekommen Grundbedürfnisse wie Essen und Schlafen aber auch religiöse Bedürfnisse sowie soziale Kontakte häufig einen deutlich höheren Stellenwert als im normalen Leben. Nicht zuletzt um die Genesung der Patientinnen und Patienten zu unterstützen, versuchen Krankenhäuser, möglichst vielen dieser Bedürfnisse und Wünsche nachzukommen. Auch Informationsangebote zum Umgang mit chronischen Erkrankungen und die Unterstützung der Selbsthilfe gehören dazu.

Schon lange bieten Krankenhausküchen verschiedene Auswahlmöglichkeiten von Speisen an. Relativ neu ist die genaue Kennzeichnung schweinefleischfreier Mahlzeiten, um gläubigen Muslimen ein bedarfsgerechtes Angebot zu machen. Manchmal reicht dies aber nicht aus, um Patienten davon zu überzeugen, dass dieses Essen ihren religiösen Vorgaben entspricht, wie folgendes Beispiel aus dem Marien-Hospital in Wesel zeigt.

MISSTRAUEN BEZÜGLICH ESSENSZUBEREITUNG

Das Ehepaar B. mit Migrationshintergrund war des Öfteren stationär im Marien-Hospital Wesel. Beide Ehepartner waren von einer Gefäßerkrankung betroffen und im Verlauf der Krankheit wurden bereits Extremitäten amputiert. Das Paar hat einen Sohn.

Das Ehepaar B. hat während des stationären Aufenthalts ausschließlich trockene Brötchen gegessen, da kein Vertrauen bezüglich der Nahrungszubereitung im Krankenhaus vorhanden war. Der Sohn des Ehepaares

hat sich aufgrund dessen im Patienteninformationszentrum gemeldet, und das Problem seiner Eltern geschildert. Er war besorgt um die Gesundheit seiner Eltern, da er keine Möglichkeiten hatte, seine Eltern mit Essen im Krankenhaus zu versorgen. Das Problem war also das nicht vorhandene Vertrauen und unzureichende Information.

In einem gemeinsamen Gespräch mit Ehepaar, Sohn und mit der Unterstützung des Dolmetschers ist es gelungen, das Ehepaar davon zu überzeugen, dass das Essen im Marien-Hospital sortenrein zubereitet wird, die Küchengeräte hygienisch gereinigt werden und somit für muslimische Patienten schweinefleischfreie Gerichte und Nahrungsmittel zur Verfügung stehen. Um die Glaubwürdigkeit zu unterstützen, wurde ein ebenfalls muslimischer Mitarbeiter der Küche hinzugezogen, der Familie B. versichern konnte, dass die Zubereitung den höchsten Kriterien der Sortenreinheit unterliegt. Dadurch, dass die Kommunikationsbarriere durch die unterschiedlichen Sprachen mit Hilfe des Dolmetschers überwunden werden konnte und die Glaubwürdigkeit der Informationen verstärkt wurde, war die Familie in der Lage, ein Vertrauensverhältnis zu den Mitarbeitern aufzubauen, sodass das Ehepaar B. nach dieser Aufklärung das Krankenhausessen akzeptiert und gegessen hat. Der Sohn meldete mir zurück, dass er sehr erleichtert sei, da er jetzt sicher gehen konnte, dass seine Eltern im Krankenhaus nun auch bezüglich der Nahrungsaufnahme versorgt waren.

Für alleinstehende Kranke, die einen längeren Klinikaufenthalt haben, sind die sogenannten „Grünen Damen“ oder „Grünen Herren“, die für Patientinnen und Patienten ehrenamtlich Vorlese-, Einkaufs- und andere Dienste übernehmen, äußerst hilfreich. Ihre Bezeichnung beruht auf den grünen Kitteln, die sie von anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf den Stationen unterscheiden. Im Klinikum Ludwigshafen wurde dieses Modell nun von „Lila Damen“ übernommen, die v.a. muslimische Patienten unterstützen möchten.

ISLAMISCHER BESUCHSDIENST, KLINIKUM LUDWIGSHAFEN

Die Damen des Islamischen Besuchsdienstes, erkennbar an ihrer lilafarbenen Dienstkleidung, leisten mit ihrem ehrenamtlichen Einsatz im Klinikum Ludwigshafen (KliLu) einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung des interkulturellen Zusammenlebens.

Als kommunales Krankenhaus fühlt sich das Klinikum Ludwigshafen den Bürgerinnen und Bürgern der Stadt und des Umlandes in besonderem Maße verpflichtet. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen darf nach Auffassung des Klinikums nicht durch sprachliche oder kulturelle Zugangsbarrieren erschwert werden. In der Versorgung nichtdeutscher Patientinnen und Patienten wurde eine vielfältige migrationssensible Angebotsstruktur entwickelt.

Die ehrenamtlichen Mitglieder des islamischen Besuchsdienstes unterstützen vor allem muslimische, aber auch nichtmuslimische Patientinnen und Patienten des Klinikums während ihres Krankenhausaufenthaltes. Die aktive Hilfe reicht von vertrauensvollen Gesprächen am Krankenbett, über kleine Botendienste bis hin zur Unterstützung der Familien bei der Abwicklung bürokratischer Formalitäten. Ihre Motivation, sich neben Beruf und Familie ehrenamtlich zu engagieren, ziehen die Migrantinnen aus persönlichen Erfahrungen. Im eigenen Familienkreis haben sie miterlebt, wie hilflos sich Kranke und deren Angehörige während eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus fühlen können. Wenn zu diesem Unbehagen noch sprachliche Hürden oder kulturelles Unverständnis stößt, leidet darunter nicht zuletzt auch der Heilungsprozess.

Sich aktiv einzubringen und durch das eigene Ehrenamt positiv auf das Zusammenleben verschiedenster Gruppen einzuwirken, bedeutet den Frauen sehr viel.

Viele Muslime haben ein großes Interesse daran, während eines stationären Aufenthaltes ungestört und in Gemeinschaft ihren religiösen Ritualen, wie zum Beispiel dem mehrmaligen täglichen Gebet, nachkommen zu können. Deshalb erfahren Kliniken, die einen muslimischen Gebetsraum eingerichtet haben, besondere Wertschätzung. Aber auch die Einrichtung eines Raums der Stille – was viele Krankenhäuser bevorzugen – soll Menschen aller Glaubensrichtungen die Möglichkeit geben, ihren religiösen Bedürfnissen nachzugehen.

RAUM DER STILLE, KLINIKUM STADT SOEST

Das Klinikum Stadt Soest hat in Zusammenarbeit mit dem Integrationsrat der Stadt Soest eine Gebetsmöglichkeit für muslimische Patientinnen und Patienten, deren Besucherinnen und Besucher sowie Mitarbeitende geschaffen. Zu dem Zweck wurde der „Raum der Stille", in dem auch die katholischen und evangelischen Gottesdienste gefeiert werden, entsprechend der Bedürfnisse von Muslimen ausgestattet. Es liegen Gebetsteppiche, Kopftücher sowie eine Ausgabe des Korans bereit. Ein Regal zum Abstellen de Schuhe ist ebenso vorhanden wie die Möglichkeit zur Waschung in einem separaten Raum.

Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, unterschiedliche Essgewohnheiten sowie ein anderer kultureller und religiöser Hintergrund, ein traditionelles Verständnis von Krankenrolle und Therapiezielen verhindern oft eine angemessene Behandlung des chronischen Altersdiabetes, d.h. des Diabetes II (Deutsche Diabetes Gesellschaft 2001). Das Klinikum Schwabing hat sich Ende 2006 zum Ziel gesetzt, diese Erkenntnisse in ein Modell der Selbsthilfe umzusetzen, das den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, die am Typ 2 (Alters-)Diabetes leiden, entspricht. Die Möglichkeit, sich am Ort des medizinischen Geschehens genauere Informationen zur eigenen Erkrankung zu holen, ist für viele Menschen mit Migrationshintergrund einsichtig und folgerichtig. Kliniken können dies nutzen, um das Präventionswissen der Patientinnen und Patienten zu vertiefen und für ihre besondere Kulturkompetenz zu werben.

TÜRKISCHSPRACHIGE DIABETES-SELBSTHILFEGRUPPE IM KLINIKUM SCHWABING, STÄDTISCHES KLINIKUM MÜNCHEN GMBH

Seit 6 Jahren trifft sich sehr erfolgreich im Klinikum Schwabing eine Diabetes-Selbsthilfegruppe und behandelt mit Hilfe des türkischsprachigen Leiters und Dolmetschers alle Themen rund um den Altersdiabetes. Die Leitung der Gruppe erfolgt durch eine Mitarbeiterin, bzw. einen Mitarbeiter der Klinik von gleicher kultureller Herkunft. Die regelmäßige

Präsenz einer Ärztin, eines Arztes oder anderer Expertinnen und Experten, die zu einem von der Gruppe gewünschten Thema sprechen und im Anschluss alle Fragen der Anwesenden ohne zeitlichen Druck oder Sprachprobleme beantworten (Übersetzung durch die Gruppenleitung), macht die Attraktivität des Angebots aus. Die Niedrigschwelligkeit des Angebotes erleichtert auch die Einbeziehung der Familien: Gruppenmitglieder gehen bei dem kostenlosen Angebot keinerlei Verpflichtungen ein. Gruppenthemen werden gemeinsam bestimmt. Ehepartner, Kinder, Enkel sind bei den Gruppensitzungen willkommen. Das Angebot erfreut sich nicht nur bei den türkischsprachigen Migrantinnen und Migranten, sondern auch bei den niedergelassenen Internisten, Hausärztinnen und -ärzten großer Beliebtheit.

TÜRKISCHSPRACHIGE DIABETES-TAGE IM KLINIKUM SCHWABING, STÄDTISCHES KLINIKUM MÜNCHEN GMBH

Aufgrund des großen Interesses an den regelmäßigen Treffen der Diabetiker-Gruppe veranstaltet das Klinikum Schwabing seit 2 Jahren Diabetiker-Tage für türkischsprachige Münchner Bürgerinnen und Bürger. Derzeit findet das ambulante dreitägige Kleingruppen-Angebot jeweils einmal im Quartal statt.

Die Patientinnen und Patienten werden während der gesamten Zeit von einem türkischsprachigen Dolmetscher des Klinikums begleitet. Sie erhalten in der Tagesklinik der Diabetologie eine Rundumversorgung mit Essen, medizinischen Untersuchungen, Vorträgen zu Ernährung / Krankheitsbild / eventuellen Notfallmaßnahmen / Medikamenteneinnahme, etc. und eine persönliche Beratung durch Medizinerinnen und Mediziner. Auch hier fällt die Bewertung der Maßnahme durch die Patientinnen und Patienten ausgesprochen sehr gut aus.

IV

QUALITÄTSMANAGEMENT

QUALITÄTSMANAGEMENT

Mit der Einführung eines internen flächendeckenden Qualitätsmanagementsystems (SGB V § 137, 2001) steht die Qualität der Versorgung wie auch die Patientenzufriedenheit vermehrt im Vordergrund. Alle Patientinnen und Patienten medizinisch hochwertig zu behandeln und gut zu pflegen bedeutet auch, der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und deren besonderen Bedürfnissen Aufmerksamkeit zukommen zu lassen und gegebenenfalls bei vorhandenen Problemen angemessene Abhilfe zu schaffen.

KTQ-KRITERIUM: ETHISCHE UND KULTURELLE AUFGABEN SOWIE WELTANSCHAULICHE UND RELIGIÖSE BEDÜRFNISSE

Von großem Interesse ist eine kultursensible Versorgung von Patientinnen und Patienten im Bereich des Qualitätsmanagements im Rahmen von Zertifizierungen. Hier wird im Zertifizierungsverfahren nach „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) – abgesehen von der hohen Gewichtung einer patientenorientierten Versorgung – ausdrücklich die Frage nach der Beachtung kultureller und religiöser Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten gestellt. Kliniken, die interkulturell geöffnet sind, können hier gute Bewertungsergebnisse erzielen. Hinweis für die hohe Bedeutung dieses Themas ist auch die Tatsache, dass auf den jährlichen bundesweiten Fachveranstaltungen von KTQ (KTQ-Forum) seit 3 Jahren das Thema interkulturelle Kompetenz fester Bestandteil ist.

Ein wesentliches Merkmal von Qualität ist die Dokumentation. Ohne gesicherte Daten über die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund können weder Zugangsbarrieren nachgewiesen, noch die

bestehenden Versorgungskonzepte den speziellen Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten angepasst oder Über- bzw. Unter- und Fehlversorgung ermittelt werden. Daher sollte ein internes Datenerhebungsverfahren in Abstimmung mit dem Datenschutzbeauftragten eingeführt und dauerhaft gepflegt werden.

Die zu erfassenden Daten variieren je nach Art und Schwerpunkt der Einrichtung. Im Krankenhausinformationssystem der SAP GmbH (Systeme, Anwendungen und Produkte in der Datenverarbeitung), das in vielen Kliniken zur Patientendokumentation eingesetzt wird, können die Angaben zur Staatsangehörigkeit oder auch Sprache der Patientinnen und Patienten als Pflichtfelder definiert werden und so für eine kontinuierliche und präzise Auswertung sehr hilfreich sein.

KLINIKINTERNE DOKUMENTATION, STÄDTISCHES KLINIKUM MÜNCHEN GMBH

Die Bevölkerung der Landeshauptstadt München weist einen großen Ausländeranteil auf (über 23%). Auch ein bedeutender Anteil der Patientinnen und Patienten in der stationären Versorgung hat somit einen Migrationshintergrund. Das Städtische Klinikum München GmbH erfasst deshalb routinemäßig die Nationalität aller Patienten auf freiwilliger Basis.

Durch die Angabe der Staatsangehörigkeit ist es möglich, die nichtdeutschen Patienten im StKM (gefiltert nach Wohnort „München“) mit der Münchner Einwohnerstatistik unter mehreren Aspekten zu vergleichen, z.B. nach

- der Altersstruktur
- der Inanspruchnahme pro Altersstufe
- der Inanspruchnahme nach Nationalitäten
- den Bereichen hoher und niedriger Inanspruchnahme unterschiedlicher klinischer Bereiche durch Migrantinnen und Migranten, etc.

Mit diesem Vorgehen (Erfassen nach Nationalität) wird in Kauf genommen, nicht alle Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zu erfassen. Dies kann insofern toleriert werden, weil erfahrungsgemäß vor allem nichtdeutsche Erkrankte zusätzliche Angebote wie den Dolmetscherservice benötigen. Die gewonnenen Daten sind ein fester Bestandteil im jährlichen Bericht des Fachreferates „Interkulturelle Versorgung" an die Geschäftsleitung und Klinikleitungen. Sie finden – wie auch eine Darstellung der interkulturellen Maßnahmen – Eingang in die Qualitätsberichte des Städtischen Klinikums München GmbH (Wesselman und Butler 2010).

DATENERHEBUNG IN DER LVR-KLINIK KÖLN

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass alleine die Veränderung des Datenerhebungsverfahrens eine neue Wahrnehmung der Patientenstruktur mit sich brachte. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund betrug im Jahr 2008 den Zahlen der Basisdokumentation entsprechend 2,7%. Da dieser Anteil weit entfernt von unserer Wahrnehmung war, haben wir die Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund in einer gesonderten Abfrage im Rahmen einer Stichtagserhebung erfasst. Ergebnis war, dass an jenem Tag 29,6% der Patientinnen und Patienten nach den Kriterien des Mikrozensus einen Migrationshintergrund hatten (Stichtagserhebung am 16.04.2008). 2012 hatten im Jahresdurchschnitt 32,6% der Patientinnen und Patienten in der LVR-Klinik Köln einen Migrationshintergrund (siehe Tabelle).

MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN IN DER LVR-KLINIK KÖLN IM JAHRESDURCHSCHNITT 2012

Abt. I (Allgemeinpsychiatrie)	38,2%
Abt. II (Allgemeinpsychiatrie)	35,0%
Abt. IV (Abhängigkeitserkrankungen)	23,0%
Abt. V (Gerontopsychiatrie)	9,2%
Forensische Psychiatrie I+II	43,2%
Ohne Forensik	28,1%
Gesamt	32,6%

Wenn man diese Zahlen mit dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Köln (34,1 %) vergleicht, kann man davon ausgehen, dass diese Klinik von Migrantinnen und Migranten annähernd entsprechend ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung in Anspruch genommen wird.

Neben der quartalsmäßig erhobenen Erfassung des Anteils der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund wird regelmäßig eine „Kontinuierliche Zufriedenheitsbefragung" und alle drei Jahre eine „Patientenbefragung" (zentral in allen LVR-Kliniken) in vier Sprachen (Deutsch, Türkisch, Russisch, Polnisch) durchgeführt. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Befragungen werden – in Zusammenarbeit zwischen Integrationsbeauftragtem und Qualitätsmanagerin – sinnvolle Veränderungsvorschläge entwickelt und dem Vorstand vorgelegt. Auch im „Aufnahmebogen" und in der Pflegeanamnese der Klinik werden in Anlehnung an die Kriterien des Mikrozensus migrationsspezifische Daten erhoben. Diese erleichtern den Umgang des Fachpersonals in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund.

QUALITÄTSZIRKEL INTEGRATION, LVR-KLINIK KÖLN

In der LVR-Klinik Köln erarbeitet ein klinikinterner multiprofessioneller Arbeitskreis, der „Qualitätszirkel Integration" (QZI), Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und entwickelt realisierbare Vorschläge zu (strukturellen) Veränderungen. Der Qualitätszirkel setzt sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Mitarbeitern des Pflegepersonals und Klinikseelsorgern aus allen Abteilungen zusammen. Der QZI arbeitet nach einer vom Klinikvorstand genehmigten Geschäftsordnung und hat einen wichtigen Stellenwert bei der Umsetzung eines kultursensiblen Ansatzes in der Klinik. Im Jahr 2011 hat diese Arbeitsgruppe den jährlich stattfindenden Leitbildtag veranstaltet und dessen Ergebnisse festgehalten. Diese werden schrittweise in die Praxis umgesetzt. Als erstes wurde das Leitbild der Klinik um das Thema Migration und Integration ergänzt.

INTERPROFESSIONELLE ARBEITSGRUPPE MIGRATION, MARIEN HOSPITAL WESEL

Im Marien Hospital Wesel trifft sich ca. 4 – 5-mal im Jahr die Arbeitsgruppe Migration. Die Arbeitsgruppe untersteht der Pflegedirektion. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe kommen aus verschiedenen Berufsbereichen: Betriebsleitung, ärztlicher Dienst, Pflege und Verwaltung. Bei Bedarf werden weitere Mitarbeiter zu der AG eingeladen (z.B. Küchenleitung). Darüber hinaus setzt sich die Gruppe aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlicher Herkunft und Sprachkompetenz zusammen.

Die Arbeitsgruppe soll im Marien Hospital vor allem die Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund senken (z.B. fremdsprachige Flyer zum Krankenhausaufenthalt in der Aufnahme), die Versorgung verbessern (z.B. fremdsprachige Einverständniserklärungen, TV-Programme), Sprachprobleme soweit möglich beseitigen (Dolmetscherliste, fremdsprachige Patientenbroschüre), Fehl-, Über- und Unterversorgung erkennen (Verhinderung von Doppeluntersuchungen durch Sprachmittler, Fallauswertungen), und Möglichkeiten zur Ausübung religiöser Bedürfnisse bereitstellen (Gebetsraum). Außerdem beschäftigt sich die Arbeitsgruppe mit den Bedürfnissen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlicher Herkunft, die ebenfalls beispielsweise schweinefleischfreies Essen wünschen. Thematisiert werden auch Möglichkeiten der Kooperation der Klinik durch Teilnahme an Kulturtagen der Stadt und Zusammenarbeit mit dem Integrationsrat der Stadt. In Planung sind kultursensible Sprechstunden und regelmäßige Informationsvorträge zu Krankheitsbildern, Verhalten und medizinischem Angebot des Marien-Hospitals.

PATIENTENBEFRAGUNG, STÄDTISCHES KLINIKUM MÜNCHEN GMBH

Bei den vom Qualitätsmanagement routinemäßig durchgeführten Patientenbefragungen zeigte sich immer wieder, dass der Rücklauf hinsichtlich nichtdeutscher Patientinnen und Patienten nicht repräsentativ war. Schriftliche Befragungen stoßen bei Menschen mit Migrationshintergrund häufig auf große Vorbehalte. Oft werden auch Fragen nicht verstanden oder können nicht in der gewünschten Differenzierung beantwortet werden Deshalb hat das StKM als erste Klinik in der Bundesrepublik Deutschland 2009/2010 eine türkischsprachige Patientenbefragung durchgeführt. 200 türkischsprachige Patientinnen und Patienten wurden an 4 Standorten des Städtischen Klinikums freiwillig und anonym während ihres Klinikaufenthaltes mit einem Kurzfragebogen des Qualitätsmanagements (QM) persönlich in ihrer Muttersprache befragt. Verglichen mit der umfassenden (schriftlichen) Befragung vom Klinikum Schwabing zeigen alle Bewertungen der türkischsprachigen Patientinnen und Patienten eine vergleichsweise größere Zufriedenheit mit allen klinischen Leistungen. Nur die Frage nach einem respektvollen Umgang wurde deutlich schlechter bewertet.

Anhand von Zusatzfragen konnten die Befragten mit Migrationshintergrund ihre Wünsche hinsichtlich des Einsatzes von Dolmetscherinnen und Dolmetschern, nach mündlichen sowie schriftlichen Informationen sowie bezüglich eines Gebetsraumes angeben. Die Befragungsergebnisse zeigten, dass der Besuch eines Dolmetschers bzw. einer Dolmetscherin häufiger gewünscht wird, als dies angeboten wurde, dass mündliche wie schriftliche Informationen (Veranstaltungen etc.) auf großes Interesse stoßen und dass die allermeisten der Befragten die Einführung von Gebetsräumen für sehr wichtig halten.

V

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Angebote im Rahmen der interkulturellen Öffnung sind ein guter Anlass für Krankenhäuser, sich öffentlich zu präsentieren. In Zeiten zunehmender Medialisierung besteht so die Chance und die Notwendigkeit, aktive Öffentlichkeitsarbeit im Sinne der Patientinnen und Patienten mit und ohne Migrationshintergrund zu betreiben. So können Patientinnen und Patienten direkt angesprochen und auf die vorhandenen Möglichkeiten hingewiesen werden. Einige Beispiele geben Hinweise, wie das angemessen umgesetzt werden könnte.

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DES STÄDTISCHEN KLINIKUMS MÜNCHEN GMBH

Das Städtische Klinikum München GmbH (STKM) betreibt eine konsequente Öffentlichkeitsarbeit nach innen und außen.

Internet: Der Internetauftritt des StKM bietet Patienteninformation in sieben Sprachen an. Des weiteren werden hier Informationsveranstaltungen in nicht-deutscher Sprache angekündigt und die verschiedenen muttersprachlichen Angebote für Migrantinnen und Migranten veröffentlicht.

Intranet: Hier sind für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter folgende Informationen zu finden:

Liste der Hausinternen Dolmetscher an allen 5 Standorten (mit Angabe der verantwortlichen Leitungen), Wörterbücher im Bereich Medizin und Pflege, Übersetzungslisten in 12 Sprachen für Pflegende (Fragen am Krankenbett), aktuelle Informationen zu Selbsthilfeangeboten, Sprechstunden, Informationsveranstaltungen, Fortbildungen und Statistiken. Des Weiteren finden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Intranet

übersetzte Krankenhausdokumente (z.B. Bedienung von Telefon und Fernsehern, Patientenaufklärung über Hygienemaßnahmen bei Keimen, etc.) in Türkisch und Kroatisch, sowie Artikel zum StKM in der türkischen Presse. Es wird auch die Gelegenheit geboten, sich interkulturelle Poster, Artikel und Präsentationen zu interkulturellen Projekten auszudrucken oder herunter zu laden.

Handbuch zu Beratungsstellen für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund: Als praktische Hilfe zur besseren Vernetzung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund haben Mitarbeitende der Kliniksozialdienste ein Handbuch „Beratungsstellen und Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund“ erstellt, welches im Intranet hinterlegt ist und an allen Standorten des Klinikums aufgerufen werden kann. So kann man sich auf jeder Station darüber informieren, welche Anlaufstellen es in München gibt. Es informiert zu den Bereichen: Allgemeine Beratungsstellen, Beratung für gesundheitliche und soziale Fragen, Beratung zu ausländerrechtlichen Fragen, nationalitätsspezifische Angebote, Angebote für Familien, Frauen und Mädchen, sowie Beratung für Asylsuchende und Flüchtlinge. Das Handbuch wird kontinuierlich aktualisiert.

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER LVR-KLINIK KÖLN

Viele Kliniken haben bereits in einzelnen Abteilungen Schritte zur interkulturellen Öffnung unternommen. Oft sind diese Veränderungen und Angebote nicht in der gesamten Klinik bekannt und können daher auch nicht wahrgenommen oder genutzt werden. Solche Informationen können den Beschäftigten über ein Intranetportal zugänglich gemacht werden.

Auf dem klinikinternen Intranetportal des Integrationsbeauftragten der LVR-Klinik Köln werden für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter viele relevante Informationen und Hinweise bereitgestellt: Einige ausgewählte Beispiele sind: Dolmetscherlisten, eine Liste mit Sprachkenntnissen des Klinikpersonals, Listen der ambulanten/ komplementären Dienste, Berufsbetreuer, Reha- und Psychosomatik-Kliniken mit fremdsprachigen Angeboten, ein kommunaler Gesundheitswegweiser, Arbeitshilfen zu migrantenspezifischen Hintergrundinformationen (z.B. Essgewohn-

heiten und Religion), nützliche Links, klinikinterne Informationsmaterialien, Fragebögen, interne Fort- und Weiterbildungsangebote zu interkulturellen Themen, klinikinterne Angebote, übersetzte Formulare und Aufklärungsbögen, Listen von kultursensitiven ambulanten und stationären Angeboten, fremdsprachigen Patienteninformationen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungen, usw.. Dadurch wird den Beschäftigten der Klinik die alltägliche Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund erleichtert. Die Seite wird kontinuierlich erweitert und aktualisiert. In einer internen Umfrage gaben 68,7 % unserer Beschäftigten an, das klinkinterne Intranetportal des Integrationsbeauftragten regelmäßig in Anspruch zu nehmen.

Eine offensive und öffentlichkeitswirksame Strategie ist bei der Etablierung interkultureller Öffnung und interkultureller Kompetenz anzustreben. Als Beispiel sei hier die Selbstdarstellung der LVR-Klinik Köln genannt (ehemals „Rheinische Kliniken Köln"): „Die Rheinischen Kliniken haben das Ziel, soziale und kulturelle Zugangsschwellen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu senken, insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund und psychischer Erkrankung. Wir legen Wert auf die Kultursensibilität und Kompetenz unserer Therapeuten." (Kliniken in Köln, Verzeichnis / Wegweiser 2008, 68). Im Leitbild der LVR-Klinik Köln wird interkulturelle Ausrichtung in den Organisationsstrukturen fest verankert. Dies wird z.B. auf der Webseite der Klinik öffentlich kommuniziert.

Aus dem Leitbild der LVR-Klinik Köln: „Humanität, Respekt und Ganzheitlichkeit. Unsere Arbeit ist geprägt von einer positiven Sicht des Menschen. Jeder Mensch ist wertvoll und hat Anspruch auf bestmögliche individuelle gesundheitliche Versorgung, unabhängig von Geschlecht, Alter, sozialer Herkunft, Kultur, körperlicher und geistiger Verfassung. Wir verbessern kontinuierlich die Qualität der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Wir senken soziale, kommunikative und kulturelle Zugangsschwellen. Wir orientieren uns zunehmend an den Gedanken der Interkulturellen Öffnung und Sozialen Inklusion. Wir vermitteln Interkulturelle Kompetenz in Theorie und Praxis".

Auch im Internetauftritt der LVR-Klinik Köln wird die kultursensible Ausrichtung sichtbar. Direkt auf der Startseite werden die migrationsspezifischen Angebote der Klinik beschrieben und der Integrationsbeauftragte mit Name, Foto und Telefonnummer sichtbar gemacht.

VI

VERNETZUNG

VERNETZUNG

Um eine breitere Akzeptanz ihrer Angebote zu erreichen, sich bei verschiedenen Fragen ihrer interkulturellen Arbeit beraten zu lassen (z.B. Einrichtung eines Gebetsraumes) oder um in bestimmten Bereichen zusammenzuarbeiten (z.B. Unterstützung von Alleinstehenden oder Schwerkranken) ist es für die Kliniken wichtig, Kontakte zu Migrantenselbstorganisationen vor Ort zu knüpfen. Auch die Mitarbeit in kommunalen Gremien und anderen Vernetzungsstrukturen zu Fragen der Integration sind von Bedeutung.

GREMIENARBEIT, LVR-KLINIK KÖLN

Der Integrationsbeauftragte der LVR-Klinik Köln vertritt die Klinik in kommunalen und überregionalen migrationsspezifischen Gremien. Er macht Umstrukturierungsvorschläge für Vor- und Nachsorge-Einrichtungen zur Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten und ist Ansprechpartner für komplementäre Dienste bei migrationsspezifischen Fragen. So leitet er seit über 20 Jahren den Arbeitskreis Migration und Gesundheit, vertritt die Migrantinnen und Migranten in der Kommunalen Gesundheitskonferenz, ist Mitglied des Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit und kooperiert mit vielen Fachgesellschaften und Dachverbänden. Er hat an der Erstellung eines Kommunalen Gesundheitskonzepts für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln maßgeblich mitgewirkt. Als Vorsitzender der o.g. AG Migration und Gesundheit gibt er seit 1995 den Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten heraus, ist Mentor des Gesundheitszentrums für Migrantinnen und Migranten und wirkt als treibende Kraft in allen Angelegenheiten der Migrantinnen und Migranten in Köln.

RUNDER TISCH MIGRATION, VITOS KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE MARBURG

Seit mehr als 10 Jahren organisiert der Migrationsbeauftragte des Landkreises einen Runden Tisch, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Institutionen und Arbeitskreisen zusammenführt, die mit unterschiedlichsten Aufgaben Migrantinnen und Migranten betreuen. Die Gruppe trifft sich ca. 4 x jährlich, diskutiert anstehende Probleme und stellt Projekte vor. Die Mitglieder kennen sich, was die Kooperation fördert und das Vertrauen untereinander stärkt. Der Aufbau des Gemeindedolmetscherdienstes DolMa wurde beispielsweise in diesem Kreis angeregt.

VERSORGUNG SCHWANGERER MIGRANTINNEN, KOOPERATIONSPROJEKT DES STÄDTISCHEN KLINIKUMS MÜNCHEN GMBH

Die „Fachreferentin Interkulturelle Versorgung“ arbeitet seit Gründung in dem Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“ mit. Dieser Expertenkreis, geleitet von der Fachreferentin Migration und Gesundheit des Referates für Gesundheit und Umwelt, soll den Gesundheitsbeirat

der Landeshauptstadt München in allen Fragen der gesundheitlichen Versorgung von nichtdeutschen Bürgerinnen und Bürgern beraten. Hier sitzen alle Initiativen und Beratungsstellen der Stadt zusammen, diskutieren Bedarfe, klären Möglichkeiten effektiver Zusammenarbeit, berichten über ihre Arbeitsfelder und geben diverse Stellungnahmen ab.

In diesem Gremium wurde unter anderem auf Anregung des Fachreferates eine Empfehlung an den Gesundheitsbeirat München verabschiedet, ein Kooperationsprojekt zwischen dem Städtischen Klinikum München GmbH (StKM) und der „Beratungsstelle Natürliche Geburt und Elternsein e.V." finanziell zu unterstützen, um die Versorgung schwangerer Migrantinnen zu verbessern. 2010 wurde schließlich das Kooperationsprojekt „Schwangere Migrantinnen" der oben genannten Träger aufgesetzt. Das Referat für Gesundheit und Umwelt der Stadt München übernahm die erforderlichen Kosten (Dolmetscherkosten, Honorare der Fachkraft der Beratungsstelle), die Fachreferentinnen des Referates (Migration und Gesundheit/Frau und Gesundheit) die fachliche Beratung. Die Ergebnisse einer Befragung von schwangeren Migrantinnen, als ein Teil des Kooperationsprojektes, werden im Kapitel „Gesundheit von Migrantinnen und Migranten" beschrieben.

FAZIT

Wenn die Leitungen der Gesundheitsdienste ihre Institution interkulturell öffnen, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter interkulturell kompetent aus-, fort- und weiterbilden und die interkulturelle Ausrichtung dauerhaft, konkret und messbar verankern, dann wird dies nicht nur zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten führen, sondern auch zu einer generellen Verbesserung der Qualität hinsichtlich der Patientenorientierung aller Patientinnen und Patienten. Eine erhöhte Patientenzufriedenheit führt in aller Regel zu einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit, weil Versorgungsleistungen reibungsloser, effektiver und sozial kompetenter geleistet werden können.

Nach Meinung von Expertinnen und Experten ist v.a. bei Menschen mit Migrationshintergrund mit einem höheren Krankheitsrisiko zu rechnen (Razum Razum Berlin 2008). So wird die demographische Entwicklung der Migrationsbevölkerung wie auch die Globalisierung Kliniken in den nächsten Jahren vermehrt zwingen, sich mit einer qualitativ guten und angemessenen Versorgung von Menschen anderer Herkunft auseinanderzusetzen.

Die Darstellung der Best-Practice-Beispiele hat zum Ziel, das im Gesundheitswesen in Deutschland vorliegende und zum Teil schwer zugängliche Praxiswissen den Akteuren im Gesundheitswesen zugänglich und nutzbar zu machen. Darüber hinaus soll die Broschüre dazu beitragen, das Netz von Expertinnen und Experten zu erweitern, enger zu knüpfen und miteinander in einen konstruktiven Dialog zu treten.

LITERATUR

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.) (2010): Bildung in Deutschland 2010. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag

Barlett G., Blais R., Tamblyn R., Cerlmont R.J., MacGibbon, B. (2008): Impact of patient communication problems on the risk of preventable events in acute care settings. CMAJ 178(12) 2008: Seite 1555 – 1562.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2010): Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Dokumentation der Fachkonferenz am 21. November 2008 in Berlin in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2012): 9. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin.

Berens, E., Spallek, J., Razum, O. (2008): Mighealthnet. Länderbericht Deutschland. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
Download: http://mighealth.net/de/images/1/19/L%C3%A4nderbericht_MIGHEALTHNET_Deutschland.pdf [Stand 28. 03. 2013]

Bischoff, A., Steinauer, R. (2007): Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse. Pflege, 20, 2007: 343 – 351.

Borde, T., Braun, T., David, M. (2003): Unterschiede in der Inanspruchnahme klinscher Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen.
Download:www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/275/berlinernotfallambulanzstudie.pdf [Stand: 11. 02. 2013]

Borde, T., David, M., Kentenich, H. (2002): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. Gesundheitswesen, 64, 2002: 476 – 485.

Brucks, U., Wahl, W.B. (2003): Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. In: Borde, T., David, M. (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag: Seite 15 – 33.

Brucks, U., Wahl, W.B. (2002): Gesundheitsversorgung für Zuwanderinnen und Zuwanderer – Regionale Fallstudien: Kiel, Lübeck, Neumünster, Kreis Pinneberg. Hamburg-Oldenswort: Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung, AuG Wahl & Partner.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Justiz (Hrsg.) (2003): Patientenrechte in Deutschland, Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte. Berlin.

Deutsche Diabetes Gesellschaft, AG Diabetes und Psychologie (Hrsg.) (2001): Bad Neuenahrer Erklärung zur Versorgung an Diabetes erkrankter Migranten.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (Hrsg.) (2013) S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen". Berlin, Heidelberg: Springer: Seite 199 – 210.

Engels, D., Köller, R., Koopmans, R. (2011): Zweiter Integrationsindikatorenbericht erstellt für die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Köln/Berlin.

Erim, Y. (Hrsg.) (2009): Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Falkenroth, A., Wagner, M. (2008): Interkulturelle Öffnungsprozesse im Gesundheitswesen. In: Budzinski, M. (Hrsg): Interkulturelle Öffnung in öffentlichen Verwaltungen und Wohlfahrtsverbänden. Bad Boll: Seite 93 – 106.

Flores, G., Laws, M.G., Mayo. S.J., Zuckerman, B. (2003): Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics 2003, 11, Seite 1495 – 1497.

Gün, A.K. (2007): Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Gün, A.K. (2009): Erfordernis und Aufgaben von Integrationsbeauftragten in der stationären Versorgung. In: Falge, C., Zimmermann, G. (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Schriftenreihe des ZENTRUMS FÜR EUROPÄISCHE RECHTSPOLITIK an der Universität Bremen (ZERP). Band 51, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft: Seite 157 – 170.

Gün, A.K. (2011): Der kultursensible Ansatz und seine Umsetzung als Integrationsbeauftragter in einem psychiatrischen Krankenhaus. In: Heise, T., Golsabahi, S. (Hrsg.): Mit Leib und Seele ankommen. Beiträge zum 4. Kongress des DTPPP in Düsseldorf 2010. Das transkulturelle Psychoforum, Band 18, Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung: Seite 81 – 90.

Hofstede, G. (2001): Culture‘s Consequences – Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations. 2. Auflage, Thousand Oaks, London, Neu Delhi: Sage Publications.

Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R.G., Schouler-Ocak, M. (2008): Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. Nervenarzt 79: 328 – 339.

Koch, E., Assion, H.J. (2011): Transkulturelle Psychiatrie: Alltag in Kliniken und Praxen. Psychiatrie und Psychotherapie up2date 5/2011: Seite 301 – 311.

Koch, E., Müller, M.J. (2012): Migration und Krankenhaus: Interkulturelle Öffnung des Vitos Klinikums für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen-Marburg. Hess. Ärzteblatt 7/2012: Seite 434 – 39.

Kofahl, C. (2007): Heimat in der Gruppe In: AOK (Hrsg.) Zu Hause in der Fremde. Migranten und gesundheitliche Selbsthilfe. G & G Gesundheit und Gesellschaft 11/2007: Seite 4 – 7.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (2009): Fremd oder einfach nur anders. Hannover.

Razum, O. (2009): Medizinische Rehabilitation für Personen mit Migrationshintergrund – Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Berlin: Seite 36 – 52.

Robert Koch-Institut (2009): Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) 2003 – 2006. Kinder- und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Robert Koch-Institut (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Schouler-Ocak, M., Bretz, H.J., Penka, S., Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R.G., Schepker, R., Özek, M., Hauth, I., Heinz, A. (2008): Patients of Immigrant Origin in Inpatient Psychiatric Facilities, Eur Psychiatry 23 (2008): Seite 21 – 27.

Spickhoff, A. (2010): Spezielle Patientenrechte für Migranten? Juristische und rechtsethische Überlegungen. In: Dokumentation der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010: Migration und Gesundheit – Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung.

Statistisches Bundesamt (2011): Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Fachserie 1, Reihe 2.2, Berlin.

Wesselman, E., Lindemeyer, T., Lorenz, A.L. (2004): Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der Klinikinterne Dolmetscherdienst. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Wesselman, E. (2009): Sprachmittlung im Krankenhaus durch den hausinternen Dolmetschdienst. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales / Projektgruppe Soziale Sicherheit und Migration (Hrsg.) (2010):

Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation des Expertenworkshops am 5. Mai 2009 im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin: Seite 122 – 130.

Wesselman, E., Butler, J. (2010): Datenerfassung von Migrantinnen und Migranten im Städtischen Klinikum München GmbH (StKM). In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2010): Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Dokumentation der Fachkonferenz am 21. November 2008 in Berlin in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin: Seite 56 – 64.

Wesselman E., Gutt B. (2011) Diabetes mellitus in der stationären Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund, Diabetes aktuell 2011; 9(8): Seite 363 – 368.

Wesselman, E., Herbst, H. (2012) Migration und Gesundheit: Warum beschäftigt sich der Deutsche Ethikrat mit diesem Thema?“, WS 12. KTQ-Forum 19./20.10.2012, Berlin.

Wesselman, E., Singer, A. (2013): Den Grund des Übels (er)kennen: Was brauchen schwangere Migrantinnen? Hebammenforum 1/2013: Seite 28 – 31.

ANHANG

Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus benötigt eine(n) Migrations-/Migranten/- oder Integrationsbeauftragte(n), Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Juli 2009

Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus benötigt eine(n) Migrations-/Migranten/- oder Integrationsbeauftragte(n)

I. EINLEITUNG:

In Deutschland leben derzeit mehr als 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, die etwa 19 % der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik repräsentieren. Häufig wird diese Gruppe durch das Gesundheitswesen unseres Landes nicht ausreichend und angemessen versorgt.

Informationsbedingte, kulturelle und kommunikative Barrieren führen zu den seit langem bekannten Problemen von Unter-, Über- und Fehlversorgung von Migrantinnen und Migranten mit dadurch erhöhten Kosten für die stationäre Therapie und Pflege.

Stationäre Versorgung, welche die besonderen Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten berücksichtigen will, benötigt strukturelle Rahmenbedingungen.

Der bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit empfiehlt deshalb den für die stationäre Versorgung Verantwortlichen, in ihrer Institution das Amt einer(s) Migrations-/Migranten/Integrationsbeauftragten zu schaffen, um dadurch wirksame und nachhaltige Verbesserungen in der Versorgung von Migrantinnen und Migranten einzuleiten und kontinuierlich fortzuführen. Eine erfolgreiche Arbeit in der migrantenorientierten Versorgung hängt wesentlich davon ab, dass Migrations-/Migranten-/Integrationsbeauftragte die dafür erforderliche innerbetriebliche Kompetenz erhalten.

II. NOTWENDIGKEIT ZUR INTERKULTURELLEN ÖFFNUNG DER KRANKENHÄUSER

Migranten haben Anspruch darauf, genauso gut versorgt zu werden, wie ihre deutschen Mitpatienten. Aber die Krankenhäuser im somatischen, psychiatrischen und Rehabilitations-Bereich sind – bis auf wenige Ausnahmen – nicht auf die Versorgung von Menschen anderer Kulturen und Sprachen vorbereitet. Es empfiehlt sich deshalb, die Sicherung interkultureller Kompetenz – personell und organisatorisch verbindlich – in das Ablaufsystem von stationären Versorgern einzubinden. Ansonsten ist in zunehmendem Maße aufgrund der älter werdenden Migrantinnen und Migranten, der Leistungsverdichtung und Personalverknappung im klinischen Bereich mit erheblichen Störungen in der Kommunikation und in den Betriebsabläufen zu rechnen. Dies wird sich auch auf die Behandlungsergebnisse auswirken.

Krankenhäuser sind in Zeiten verschärften Wettbewerbs gehalten, geeignete Maßnahmen zur Kundenbindung und Umsatzsteigerung zu ergreifen. Die Schaffung einer(s) Migrations-/Migranten-/ oder Integrationsbeauftragten ist geeignet, die wachsende Klientel mit Migrationshintergrund anzusprechen, für die Klinik zu gewinnen und angemessen zu versorgen.

Es gilt, durch Prozess- und Ablaufoptimierung Ressourcen einzusparen und durch Qualitätssteigerung Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen. Im Wettbewerb der Kliniken untereinander werden so ökonomische Vorteile hinsichtlich der Inanspruchnahme klinischer Leistung durch Patienten anderer Sprachen und Kulturen möglich.

Um in der stationären Versorgung Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen, Chronifizierung, lange Liegezeiten, Drehtüreffekte, Irritationen von Erkrankten wie Beschäftigten, etc. zu vermeiden, Gesundheitsleistungen zu optimieren, Kosten zu senken und die Behandlungszufriedenheit aller Beteiligten zu verbessern, ist die interkulturelle Öffnung ein wirksames Mittel.

III. GRUNDSÄTZLICHE ASPEKTE ZUR INTERKULTURELLEN ÖFFNUNG:

Eine nachhaltige und alltagstaugliche Verbesserung der medizinischen Versorgung der Migrantinnen und Migranten im stationären Bereich ist nur gewährleistet, wenn die Gesundheits-Institutionen verbindliche Aktivitäten zur interkulturellen Öffnung entwickeln und diese personell zuordnen. Die Implementierung eines Migrations-/Migranten- oder Inte-

grationsbeauftragten ist ein Schritt zur Umsetzung des Diversity Managements, wie im Nationalen Integrationsplan empfohlen.

Folgende Grundsätze sind zu empfehlen:

- Interkulturelle Öffnung ist eine Leitungsaufgabe, sie ist eine top-down-Maßnahme, aber auch eine Querschnittsaufgabe über alle Bereiche hinweg – unter Einbeziehung der jeweils beteiligten Fachabteilungen und Mitarbeiter/innen.

- Sie erfordert eine gezielte Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund.

- Kultursensibilität benötigen alle Mitarbeiter, migrationssensible Versorgung soll nicht an Migranten delegiert werden.

- Fort- und Weiterbildung sollten sich kontinuierlich mit dem Thema auseinandersetzen.[1]

Im Nationalen Integrationsplan heißt es dazu: „Zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen bedarf es

- bedarfsorientierter Angebote

- einer interkulturellen Regelversorgung

- einer interdisziplinären Vernetzung

- der Erschließung adäquater Zugangswege

- der Sicherung der Datenbasis.“[2]

1 6. Bericht zur Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Beauftragte der Bundesregierung Migration, Flüchtlinge und Integration, August 2005, S. 140

2 Der Nationale Integrationsplan, Neue Wege – Neue Chancen, Seite 100, Seite 2007, Bundesregierung

IV. AUFGABENPROFIL DER/DES INTEGRATIONS- MIGRATIONS-, MIGRANTEN-VERANTWORTLICHEN

Die Benennung von Migrations-/Migranten-/Integrationsbeauftragten und die Definition ihrer Aufgabenbereiche ist der entscheidende Schritt zur Umsetzung eines migrantengerechten Behandlungsansatzes:

- die besonderen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund finden Berücksichtigung

- dem behandelnden und pflegenden Personal wird die Versorgung dieser Patienten erleichtert.

Welche der im Folgenden dargestellten Aufgabenbereiche den Integrationsbeauftragten übertragen werden sollen, ist von der spezifischen Situation der jeweiligen Klinik, der Patientenstruktur, dem Versorgungsschwerpunkt und den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig.

KOMMUNIKATION/INFORMATION

Aufbau eines Dolmetschernetzes:
Um sprachbedingte Versorgungsschwierigkeiten v.a. in der mündlichen Kommunikation zwischen Arzt/Pflege und Patient/Angehörigen abzubauen und Verständnisschwierigkeiten inhaltlicher Art zu minimieren, sollten für den Einsatz im Gesundheitswesen qualifizierte Dolmetscher/ Sprachmittler eingesetzt werden. Ob diese aus dem eigenen medizinisch/pflegerischen Mitarbeiterpool zur Verfügung stehen oder extern gewonnen werden, ist aufgrund der Situation der Kliniken zu entscheiden.

Übersetzung relevanter Formulare, Merkblätter etc.:
Da nicht immer vorausgesetzt werden kann, dass Patienten/-innen mit Migrationshintergrund über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, sollte mehrsprachiges Informationsmaterial angeboten werden. Insbesondere gilt dies für Formulare für medizinische Eingriffe, Form- und Merkblätter zum Aufenthalt und zu allen Aufklärungsmaterialien und Einverständniserklärungen.

Besondere Angebote wie Sprechstunden, Info-Veranstaltungen:
Viele Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund sind nicht ausreichend über ihre Krankheit, evtl. Therapieformen und Heilungschancen informiert. Das Gleiche gilt häufig für ihre Familienangehörigen. Entsprechend dem Bedarf der Patientinnen und Patienten mit Migrations-

hintergrund können gezielte Angebote entwickelt werden, wie z.B. fremdsprachige ärztliche und pflegerische Sprechstunden, klinikinterne interkulturelle Supervisionen, Informationsabende, Klinikführungen, Patientengruppen, Präventionsangebote, etc.

BETRIEBSORGANISATION

Einwirken auf klinikinterne Strukturen und Aufgabenprofile

Die interkulturelle Öffnung ist eine Querschnittsaufgabe, die einen festen Platz im Qualitätsmanagement einnehmen sollte und gehört in klinikinterne Gremien und Arbeitskreise, in denen Pläne und Konzepte zur Zukunft der Klinik behandelt und thematisiert werden. Auch eine organisatorisch gesicherte, kontinuierliche Absprache mit der Betriebsleitung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, notwendige Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung und Kompetenzerweiterung, Veränderungen im Anforderungsprofil von Neueinstellungen, Erhöhung der Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund ist unverzichtbar.

Intranet

Erforderlich ist ein allen Mitarbeitern zugängliches Intranet, das alle relevanten Informationen (z.B. Dolmetscherlisten, interne Fremdsprachenliste, Liste der ambulanten/komplementären Dienste, Berufsbetreuerlisten, kommunaler Gesundheitswegweiser, Arbeitshilfen, nützliche Links, klinikinterne Informationsmaterialien, Fragebögen, interne Fort- und Weiterbildungsangebote zu interkulturellen Themen, übersetzte Formulare und Aufklärungsbögen, Listen von kultursensitiven ambulanten und stationären Angeboten usw.) bereitstellt.

Aus-/Fort- und Weiterbildung

Interne Fort- und Weiterbildung für das Fachpersonal: Außer der gezielten Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund stellt interkulturelles Training einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Migranten-freundlichkeit von Krankenhäusern dar. Deshalb empfiehlt es sich, interkulturelle Themen zu einem festen Bestandteil der internen Fort- und Weiterbildungscurricula zu machen.

Krankenpflegeschule: In Krankenpflegeschulen wäre von Vorteil, das Curriculum hinsichtlich interkultureller Kompetenzen zu erweitern und zu überarbeiten.

Kultursensible Pflege: Die bereits vorhandene Fachlichkeit der kultursensiblen Pflege sollte an allen Weiter- und Fortbildungsinstitutionen durch besondere Angebote kontinuierlich weiterentwickelt und intensiviert werden.

Klinikinterne Dokumentation
Solange nichts oder wenig über Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund bekannt ist, können nur unzureichend Bedarfe ermittelt und Versorgungskonzepte angepasst werden. Die kontinuierliche Erhebung, Pflege und Auswertung migrationsspezifischer Informationen und Daten kann hier Abhilfe schaffen.

Öffentlichkeitsarbeit
Die interkulturelle Kompetenz der Klinik sollte offensiv vermittelt werden, um auf die besonders hohe Patientenorientierung hinzuweisen, Menschen mit Migrationshintergrund und Fachkreise zu informieren und sie auf die Klinik aufmerksam zu machen. Dazu gehören fremdsprachige Internetauftritte, Patientenbroschüren, öffentliche Veranstaltungen, Kontakt mit Migrantenorganisationen, etc..

Ansprechpartner:
E. Wesselman, Städt. Klinikum München GmbH,
elisabeth.wesselman@klinikum-muenchen.de
Dr. Ali Kemal Gün, LVR-Klinik Köln, a.k.guen@lvr.de
Dr. Eckhardt Koch, Vitos-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg,
eckhardt.koch@vitos-giessen-marburg.de

DIE AUTORINNEN UND AUTOREN

Maria Droste
Krankenschwester
Patienteninformationszentrum
Marien-Hospital Wesel,
Pastor-Janßen-Str. 8-38, 46483 Wesel
Tel.: (0281) 1041210
E-Mail: piz.mhw@prohomine.de

Dr. Ali Kemal Gün
Psychologischer Psychotherapeut, Integrationsbeauftragter
LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln
Tel.: (0221) 8993-211
E-Mail: a.k.guen@lvr.de

Hedwig Kiefer
Bereichsleitung Integration und Weiterbildung
Stadtverwaltung Ludwigshafen
Europaplatz 1, 67063 Ludwigshafen
Tel.: (0621) 504-3663
E-Mail: hedwig.kiefer@ludwigshafen.de

Dr. med. Eckhardt Koch
Dr. med. Eckhardt Koch
Ltd. Arzt Interkulturelle Psychiatrie, Vitos Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie Marburg
Migrations- und Ethikbeauftragter, Vitos Klinikum Gießen-Marburg
Migrationsbeauftragter des Vitos Konzerns
Cappeler Str. 98, 35039 Marburg
Tel. (06421) 404411 (Sekretariat)
E-mail: eckhardt.koch@vitos-giessen-marburg.de

Ilknur Naimi
Koordinator Migranten
Pflegebereichsleitung Chirurgie
Hospital zum heiligen Geist
Langestr. 4-6, 60311 Frankfurt
Te.: (069) 2196-7216
E-Mail: naimi.ilknur@hohg.de

Marcus Wächter
Fachreferent
Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (0511) 388 11 89 – 4
E-Mail: marcus.waechter@gesundheit-nds.de

Elisabeth Wesselman
Fachreferentin Interkulturelle Versorgung
Städtisches Klinikum München GmbH
Geschäftsführung
Städtisches Klinikum München GmbH
Klinikum Schwabing
Kölner Platz 1, 80804 München
Tel: (089) 3068-2275
E-Mail.: elisabeth.wesselman@web.de

VERZEICHNIS DER PRAXISBEISPIELE

Fachreferentin Interkulturelle Versorgung 26
Städtisches Klinikum München GmbH

Migrations- und Ethikbeauftragter 27
Vitos Klinikum Gießen-Marburg

Integrationsbeauftragter 28
LVR Klinik Köln

Koordinatorin Migranten 30
Hospital zum heiligen Geist, Frankfurt

Hausinterner Dolmetscherdienst 41
Städtisches Klinikum München GmbH

DolMa – Dolmetscherservice für das Sozial- und Gesundheitswesen 45
Landkreis Marburg-Biedenkopf, Büro für Integration

Muttersprachliche Sprechstunden 47
Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Harlaching

Klinik-Info türkisch 47
Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing

Türkischsprachige Gesundheits-Informations-Reihe 48
Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing

Türkische Gesprächsgruppe 49
Vitos Klinikum Gießen-Marburg

Interprofessionelles Seminar: Interkulturelle Kompetenz 53
Vitos Akademie Gießen-Marburg

Basic-Schulungen „Interkulturelle Versorgung“ für Pflegende.... 54
Städtisches Klinikum München GmbH

Interkulturelle Kompetenz in der Pflege..... 55
Bildungszentrum Niederrhein (BZNW)

Training Interkulturelle Kompetenz..... 56
LVR-Klinik Köln

Marburger Gespräche zur Transkulturellen Psychiatrie 57
Vitos Klinikum Gießen-Marburg

Sprach- und Alltagskompetenzgruppe 58
Vitos Klinikum Gießen-Marburg

Islamischer Besuchsdienst..... 63
Klinikum Ludwigshafen

Raum der Stille 64
Klinikum Stadt Soest

Türkischsprachige Diabetes-Selbsthilfegruppe..... 65
Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing

Türkischsprachige Diabetes-Tage..... 67
Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing

KTQ-Kriterium: Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse 69
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

Klinikinterne Dokumentation..... 70
Städtisches Klinikum München GmbH

Datenerhebung..... 71
LVR-Klinik Köln

Qualitätszirkel Integration 72
LVR-Klinik Köln

Interprofessionelle Arbeitsgruppe Migration 73
Marien Hospital Wesel

Patientenbefragung 74
Städtisches Klinikum München GmbH

Öffentlichkeitsarbeit 77
Städtisches Klinikum München GmbH

Intranetportal, Internet, Öffentlichkeitsarbeit 78
LVR-Klinik Köln

Vernetzung, Integrationsbeauftragter der LVR-Klinik Köln 81
LVR-Klinik Köln

Runder Tisch Migration 82
Vitos Klinikum Gießen-Marburg

Kooperationsprojekt Versorgung schwangerer Migrantinnen 82
Städtisches Klinikum München GmbH

Impressum

Herausgeberin
Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und Integration
Bundeskanzleramt
11012 Berlin

Autorinnen und Autoren
Maria Droste, Dr. Ali Kemal Gün, Hedwig Kiefer,
Dr. Eckhardt Koch, Ilknur Naimi, Heike Reinecke,
Marcus Wächter, Elisabeth Wesselman

Bildnachweis
Städtisches Klinikum München GmbH
picture alliance/dpa/B. Pedersen

Gestaltung
besscom AG, Berlin

Druck
Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main

3. Auflage Berlin 2015