



Die Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und
Integration

Das kultursensible Krankenhaus

Ansätze zur interkulturellen Öffnung



Das kultursensible Krankenhaus

Ansätze zur interkulturellen Öffnung

PRAXISRATGEBER

erstellt vom bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche
Gesundheit, Unterarbeitsgruppe Krankenhaus

2. überarbeitete und erweiterte Auflage

Inhalt

<i>Vorwort Staatsministerin Annette Widmann-Mauz</i>	6
<i>Grußwort Dr. Gerald Gaß</i>	10
<i>Grußwort Dr. med. Ruth Hecker</i>	12
<i>Einführung</i>	13
<i>A Gesundheit von Zugewanderten</i>	16
<i>B Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern</i>	23
<i>C Umsetzung der interkulturellen Öffnung</i>	26
<i>D Handlungsfelder der interkulturellen Öffnung</i>	36
D I Kommunikation und Dolmetschen	38
D II Integration ausländischer Fachkräfte	58
D III Aus-, Fort- und Weiterbildung	78
D IV Vermittlung von Gesundheitskompetenz	88
D V Patienten mit eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung	91
D VI Vernetzung / Kooperation / Öffentlichkeitsarbeit	98
D VII Qualitätsmanagement	101
<i>Fazit</i>	105
<i>Literatur</i>	106
<i>Anhang</i>	115
<i>Die Autorinnen und Autoren</i>	119
<i>Verzeichnis der Praxisbeispiele</i>	122
<i>Impressum</i>	126



Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,



Foto: Bundesregierung / Kugler

wir leben in einer vielfältigen Gesellschaft, die von Menschen mit unterschiedlichen Traditionen, Religionen, Sprachen und Lebensformen geprägt ist. Je besser unsere Einrichtungen darauf eingestellt sind, desto größer ist der Gewinn für uns alle – der Gewinn an Kompetenzen, an Qualität und Wirksamkeit. Dies zeigt sich gerade auch in der Corona-Pandemie.

Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte – viele von ihnen mit Einwanderungsgeschichte – kümmern sich unter schwierigsten Bedingungen aufopferungsvoll und kompetent um tausende Patientinnen und Patienten. Für diesen einzigartigen Dienst am Menschen danke ich allen Beschäftigten im Gesundheitswesen von ganzem Herzen.

In dieser Publikation finden Sie Konzepte und Praxisbeispiele, die dazu beitragen können, den Arbeitsalltag im Krankenhaus besser auf Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigte mit Einwanderungsgeschichte einzustellen.

Die Corona-Pandemie führt uns vor Augen, wie elementar wichtig gute Prävention und flächendeckende Gesundheitsinformation für alle Menschen unterschiedlicher Herkunft in Deutschland sind. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und andere Beschäftigte im Gesundheitswesen, unter ihnen sehr viele mit Migrationshintergrund, stehen derzeit vor enormen physischen und psychischen Herausforderungen. Tagtäglich kümmern sie sich unter schwierigsten Bedingungen aufop-

ferungsvoll und kompetent um tausende Patientinnen und Patienten. Für diesen einzigartigen Dienst am Menschen danke ich allen Beschäftigten im Gesundheitswesen von ganzem Herzen.

Das Patientenwohl hängt nicht nur von einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung ab. Es geht auch um Vertrauen und Verständnis zwischen Patienten und medizinischem Personal. Menschen mit familiärer Einwanderungsgeschichte können im Gesundheitswesen vor besonderen Herausforderungen stehen, sei es bei der sprachlichen Vermittlung oder der kultur- und sozialbedingten Kommunikation. Prävention, Diagnose und Behandlung basieren auf der sprechenden Medizin. Sie ist der Schlüssel für ein funktionierendes Miteinander und den bestmöglichen Behandlungserfolg.

Unsere Gesellschaft ist vielfältiger geworden. Heute hat ein Viertel der Bürgerinnen und Bürger eine Einwanderungsgeschichte. Bund, Länder, Kommunen und Zivilgesellschaft haben im Nationalen Aktionsplan Integration Maßnahmen erarbeitet, um diese Menschen noch besser an einer effizienten und leicht zugänglichen Gesundheitsversorgung teilhaben zu lassen. In dem von mir koordinierten Aktionsplan haben wir unter anderem konkrete Maßnahmen für die konsequente interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen beschlossen.

Dazu gehören Maßnahmen zur Stärkung transkultureller Kompetenzen, die Verbesserung der Datenlage und des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen.

Daran knüpft die vorliegende Publikation an und zeigt, wie ein kultursensibler Krankenhausalltag am besten gelingen kann: von der zentralen Bedeutung der Kommunikation im

Arzt-Patienten-Verhältnis über die Integration ausländischer Fachkräfte, die Unterstützung von Patientinnen und Patienten bis hin zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus.

Im Mittelpunkt aller Kapitel steht die Anwendbarkeit der Maßnahmen. Dafür bündeln Praktikerinnen und Praktiker ihr fundiertes Wissen und ihre Erfahrung und stellen gelungene Beispiele aus ganz Deutschland vor. Die Vorschläge für kultursensible und sprachlich vielfältige medizinische Versorgungskonzepte können einen wertvollen Beitrag für echte soziale Teilhabe und gleichwertige Lebensverhältnisse leisten.

Ich danke den Autorinnen und Autoren der Arbeitsgruppe Krankenhaus des Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit für ihre wertvolle Expertise und wünsche allen Leserinnen und Lesern eine interessante Lektüre!



Annette Widmann-Mauz MdB

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

Grußworte

GRUSSWORT

von Dr. Gerald Gaß

Deutschland, ein Land in der Mitte Europas, ist seit jeher von Migration geprägt. Mehr als ein Viertel der deutschen Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund, bei Minderjährigen liegt der Anteil sogar bei über einem Drittel. Auch die kulturelle Vielfalt im Gesundheitswesen hat sich stark verändert. Die Anzahl von in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzten aus anderen Ländern hat sich in den letzten 20 Jahren nahezu verfünffacht. Vor diesem Hintergrund ist Kultursensibilität und Integration – auch gerade in dem für alle Menschen so wesentlichen Bereich Gesundheit – von herausragender Bedeutung.

Nur wer Therapieempfehlungen versteht, kann sich dafür entscheiden, ihnen zu folgen. Um Compliance in der medizinischen Behandlung zu erreichen, ist es notwendig, immer wieder auf die Unterschiedlichkeit kultureller Bedürfnisse hinzuweisen und sicherzustellen, dass die Kommunikation zwischen Klinikpersonal und Patientinnen und Patienten gelingt. Um Bewusstsein bei allen Beteiligten für die Herausforderungen zu schaffen, die kultursensibles Arbeiten mit sich bringt, und um konkrete Lösungen auch struktureller Natur zu schaffen, haben unsere Krankenhäuser in den letzten Jahren und Jahrzehnten bereits eine Menge geleistet – von neu geschaffenen Institutionen und Strukturen bis hin zu herausragenden Einzelprojekten.

Es gibt Koordinierungsstellen, Arbeitskreise und Beauftragte oder Geschäftsstellen für Integration, Migration oder interkulturelle Kompetenz an vielen deutschen Krankenhäusern. Multikulturelle Teams erleichtern das Verständnis kulturbedingter

Sichtweisen, vereinfachen Kommunikation und oftmals auch die Behandlung von der Anamnese bis zur Nachsorge. Dolmetscherteams sind ebenso verbreitet wie vielsprachige Informationsbroschüren und Websites oder Mitarbeiterfortbildungen zu interkultureller Kompetenz. Einige Häuser haben Ambulanzen eingerichtet, die speziell auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten ausgerichtet sind – multiprofessionell und multilingual.

Die Fähigkeit, zu verstehen und verstanden zu werden, spielt für den Behandlungserfolg eine zentrale Rolle. Sprachbarrieren, Ernährungsgewohnheiten, kulturell geprägte Schlaf- und Hygienegewohnheiten, Gebetsroutinen, unterschiedliche Untersuchungskonventionen und Entscheidungsstrukturen – es gibt zahlreiche Aspekte, die für den Heilungsprozess von größter Bedeutung sind.

So ist es beispielsweise in manchen Kulturen üblich, medizinische Entscheidungen mit der ganzen Familie zu treffen, während in anderen Kulturen das Eingestehen körperlicher Schwäche vor der Familie inakzeptabel ist. Insbesondere in der Traumabehandlung vieler Flüchtlinge spielen kulturelle Unterschiede, aber auch große sprachliche Barrieren eine wesentliche Rolle. Über schwerste Verluste zu sprechen, Ängste zu thematisieren und grauenvolle Erlebnisse zu schildern, ist auch ohne eine Sprachbarriere herausfordernd. Kommt aber noch hinzu, dass die Anlaufstellen unbekannt sind, die Kommunikation in einer anderen Sprache, in fremdem Umfeld und unter unbekannten Regeln stattfindet, sind die Erfolgsaussichten

deutlich schlechter. Vertrauen ist eine Voraussetzung für Therapieerfolg und ohne eine gelungene Kommunikation ist eine solide Vertrauensbasis nicht zu schaffen.

Die Datenlage ist unübersichtlich. Es gibt zahlreiche Untersuchungen zur Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit Migrationsgeschichte, die jedoch allesamt deutlich mehr Fragen als Erkenntnisse bereithalten. Die Gruppe der Menschen mit Einwanderungsgeschichte ist heterogen. Es bedarf also einer Vielzahl an Ansätzen, um für diese unterschiedlichen Menschen mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen die richtigen Lösungen zu finden.

Wir freuen uns, dass die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration mit diesem Ratgeber „von der Praxis für die Praxis“ die Herausforderung angeht, dringend benötigte Lösungen und weitere Verbesserungen zu finden. Ob es sich um Aufklärung, Diagnosehilfen, Traumastabilisierung, Datenerhebungen oder konkrete Versorgungshilfen handelt – diese Publikation inspiriert durch die Präsentation aktueller Vorhaben und lädt ein, die aufgezeigten Projekte zu vervielfachen und auf andere Strukturen zu übertragen. „Das kultursensible Krankenhaus“ zeigt, dass auch in den letzten Jahren noch einmal ein großer Schritt hin zu mehr Achtsamkeit im Umgang mit unterschiedlichen Kulturen im Krankenhaus gegangen wurde, aber auch, dass es Möglichkeiten gibt, kultursensible Denkweisen noch umfassender, bewusster und konsequenter in den Klinikalltag zu integrieren.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern eine inspirierende und erkenntnisreiche Lektüre und denjenigen, die hier ihre vorbildlichen Projekte präsentieren, ein breites Publikum und viele Nachahmerinnen und Nachahmer.



Dr. Gerald Gaß

Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft

GRUSSWORT

von Dr. med. Ruth Hecker

Die neue 2. Auflage, „Das kultursensible Krankenhaus – Ansätze zur interkulturellen Öffnung“, entsteht zur Zeit der COVID-19-Pandemie, insgesamt eine weltweit herausfordernde Zeit für die Versorgung von Kranken. Nie war es in den letzten Jahren notwendiger, Experten mit ihrem Wissen zusammenzubringen und ihre Erfahrungen in einem Buch zu beschreiben.

Eine Mindestvoraussetzung der Kommunikation ist die mögliche Kontaktaufnahme. In dieser Zeit, in der Angehörige die Patienten nicht besuchen dürfen, ist eine weitere Barriere entstanden, die das interkulturelle Verständnis nochmals erschwert.

Es ist bewiesen, dass mehr als 50 % aller vermeidbaren Patientenschäden aufgrund unzureichender Kommunikation entstehen. Wir wissen alle, dass die Kulturunterschiede wiederum einen erheblichen Einfluss auf die Kommunikation haben. Deshalb ist dieses Buch ein wichtiger Beitrag für die Patientensicherheit in Deutschland.

Wir haben nicht nur Patienten aus anderen Kulturen zu versorgen, wir haben eine deutliche Zunahme von Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen aus anderen Kulturen zu verzeichnen. Das Buch behandelt auch dieses Thema, und es ist so wichtig, weil eine gute und sichere Patientenversorgung nur gelingen kann, wenn der Mitarbeiter sich im Team gut aufgehoben fühlt und sicher arbeiten kann. Hierzu gehört unabdingbar auch das gegenseitige Verständnis unterschiedlicher Kulturen.

Ich hoffe, dass die Führungsebene in den Krankenhäusern sich des lohnenden Themas annimmt und die Gelegenheit nutzt, die Möglichkeiten und Praxisbeispiele, die dieses Buch bietet, mit ihren Mitarbeitern zu besprechen, und geeignete Rahmenbedingungen schafft. Ich hoffe, dass es deutliche Fortschritte in die richtige Richtung geben wird.

Es wäre nicht nur ein Gewinn für die Patientenversorgung, sondern insbesondere auch für die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen, deren innere Motivation die bestmögliche und sichere Versorgung ihrer Patienten ist.

Dr. med. Ruth Hecker

Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit



Einführung

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

Besonderes Anliegen ist es, gleiche Teilhabe an der Gesundheitsversorgung unabhängig von Kultur, Religion und Sprache zu gewährleisten. Das Prinzip der Förderung und Unterstützung kultureller Vielfalt bezieht sich gleichermaßen auch auf alle Mitarbeitenden im Krankenhaus.

Ziel der Autorinnen und Autoren ist es, mit der vorliegenden Veröffentlichung Entwicklungen 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 ärztlich-therapeutischem Dienst bis hin zu den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Viele haben täglich mit Menschen unterschiedlicher Herkunft als Patientinnen und Patienten und als Kolleginnen und Kollegen zu tun.

Das erste Kapitel der Broschüre gibt einen Überblick über die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Statistiken und wissenschaftliche Studien zu Zusammenhängen zwischen Migration und

Gesundheit zeigen zum einen Divergenzen im Bedarf sowie der Inanspruchnahme von medizinisch-therapeutischen Versorgungsleistungen von Zugewanderten im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Zum anderen wird die Heterogenität innerhalb dieser Gruppe deutlich, die sich beispielsweise in Unterschieden hinsichtlich der Vulnerabilität und Gesundheitskompetenz sowie im Zugang zur Gesundheitsversorgung ausdrückt.

Vor diesem Hintergrund offenbart sich der dringende Bedarf für eine interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern. Der Schwerpunkt der Broschüre liegt damit sowohl auf einer Vertiefung dieser Thematik als auch auf praxisnahen Handlungsempfehlungen für die interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern.

Die Praxisprojekte dieser Publikation umfassen Maßnahmen aus somatischen Krankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen. Eine Befragung von rund 600 somatischen Kliniken im November/Dezember 2020 ergab zahlreiche

Handlungsansätze und ein zunehmendes Bewusstsein bzgl. der Notwendigkeit einer nachhaltigen Integration von kultursensiblen Angeboten, da unverändert vielfältige Zugangsbarrieren hinsichtlich der Inanspruchnahme adäquater Versorgung für Patientinnen und Patienten unterschiedlicher kultureller Zugehörigkeit bestehen. Die Ergebnisse der genannten Befragung zeigen Aktivitäten einzelner Kliniken, die auf die Reduzierung bestehender Zugangsbarrieren abzielen. Beispielhaft genannt seien hier mehrsprachige Aufklärungs- und Informationsbögen, Dolmetscherdienste sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Förderung interkultureller Kompetenzen von Mitarbeitenden. Zur beruflichen und sozialen Integration von Mitarbeitenden aus dem Ausland werden häufig Sprachkurse eingesetzt und Mentoringkonzepte entwickelt.

Um der gewachsenen Bedeutung der Anwerbung ärztlichen und pflegerischen Personals aus dem Ausland für deutsche Kliniken Rechnung zu tragen, wird dieser Thematik in dieser Neuauflage von „Das kultursensible Krankenhaus“ ein eigenes Unterkapitel gewidmet. Besondere Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung innerhalb der Gruppe von Zugewanderten bestehen für Asylsuchende mit einem eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie Papierlose und nicht krankenversicherte Ausländer und EU-Bürger, die kaum Zugang zum medizinischen Versorgungssystem haben. Aus diesem Grund wurde die vorliegende Neuauflage um ein Handlungsfeld für diese Gruppe erweitert.

Die Autorinnen und Autoren dieser Handreichung möchten Interesse und Mut wecken, eigene Schritte zur interkulturellen Öffnung zu beginnen oder diese weiter auszubauen. Eine erfolgreiche Umsetzung erhöht nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern ebenso die der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Darüber hinaus vereinfachen diese Maßnahmen Prozesse und verbessern angemessene Behandlungen. So können nicht

zielgerichtete Untersuchungsmaßnahmen und zeitraubende Missverständnisse sowie Frustration verhindert werden.

An dieser Stelle möchten wir uns bei Expertinnen und Experten bedanken, die an der Neuauflage der Broschüre durch fachliche Unterstützung, mit Beiträgen und Materialien, Interviews und Praxisbeispielen mitgewirkt haben. Unser herzlicher Dank gilt:

- Prof. Dr. Hans-Jörg Assion, Ärztlicher Direktor, LWL Klinik Dortmund
- Andreas Herzog, Geschäftsführer im Verbund der Reha-Kliniken des Passauer Wolf
- Prof. Dr. Mike Mösko, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
- Dr. med. Nadine Schmid-Pogarell (Geschäftsführerin) und Christine Beenken (Presse- und Öffentlichkeitsarbeit), Krankenhaus Barmherzige Brüder München
- Mirjam Schülle und Viola Engels, MediNetz Bielefeld
- Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jalid Sehouli, Direktor der Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für onkologische Chirurgie, Universitätsmedizin Berlin Charité
- Dr. Gabriele Seidel und Gönül Temucin, Medizinische Hochschule Hannover.

Zuletzt ein redaktioneller Hinweis: Um die Lesbarkeit der Texte zu erhalten, wurden Literaturhinweise im Text sparsam eingesetzt. Weiterführende Fachliteratur und Quellen finden Sie im Literaturverzeichnis im Anhang.

A

*Gesundheit von
Zugewanderten*

Gesundheit von Zugewanderten

In Deutschland bilden Menschen mit Migrationshintergrund einen signifikanten Anteil an der Gesamtbevölkerung: Während 2011 die Zahl der Zugewanderten noch bei ca. 15,7 Mio. lag (Statistisches Bundesamt, 2011), lebten im Jahr 2019 bereits 21,2 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2020) – im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung entspricht dies einem Anstieg von 19,3 Prozent auf rund 26 Prozent. Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund zählt, wer nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde oder wer mindestens ein Elternteil hat, auf den das zutrifft (Kurth & Razum, 2019).

Differenzierte Aussagen über den Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten lassen sich nur zum Teil treffen. Eine Gesundheitsberichterstattung, die der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Bedeutung des Migrationsthemas entspricht, existiert durch repräsentative Erhebungen, jedoch fehlt die systematische Auswertung und die Vergleichbarkeit der Daten (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2019). Einzelne Studien weisen Unterschiede zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund in Bezug auf Infektionskrankheiten, Komplikationen bei chronischen Erkrankungen sowie bestimmte vererbte Krankheiten nach (Berens, Spallek & Razum, 2008). Schwere psychische Störungen kommen im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund häufig vor. Das Risiko für einige Krebserkrankungen hingegen ist im Vergleich mit der deutschen Bevölkerung eher geringer, gleicht sich aber mit steigender Aufenthaltsdauer an (Robert Koch-Institut, 2008).

Die Gründe für die zum Teil andere 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 eine 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, Köller & Koopmans, 2011), ein durchschnittlich geringeres Bildungsniveau in allen Altersgruppen (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2010) sowie eine überdurchschnittlich hohe Beschäftigung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in prestigearmen und geringer vergüteten Berufsfeldern (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2019) 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).

Allerdings ist die Gruppe der Zugewanderten 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.

Das Spektrum reicht von psychisch und physisch schwer traumatisierten Menschen (etwa im Kontext von Fluchtmigration) bis hin zu Menschen, die gemessen an der Bevölkerung ihres jeweiligen Herkunftslandes überdurchschnittlich gesund sind (Razum & Wenner, 2016). Aus diesem Grund wird die demographische Entwicklung der Migrationsbevölkerung wie auch die Globalisierung Kliniken in den nächsten Jahren vermehrt anhalten, sich mit einer angemessenen Versorgung von Menschen anderer Herkunft auseinanderzusetzen. Vor allem Frauen, Kinder und Flüchtlinge sowie ältere Menschen mit Migrationshintergrund, die erheblich früher und häufiger (Wesselman & Bodo, 2011) als Ältere ohne Migrationshintergrund von alterstypischen Krankheiten (z. B. Diabetes) betroffen sind und deshalb häufiger eine stationäre Behandlung benötigen, werden von einer Verbesserung der kultursensiblen Versorgung profitieren. Damit wird auch die Arbeit der Beschäftigten im Krankenhaus erleichtert. Genannt werden soll hier auch die Gruppe der Menschen mit Behinderung, die per se aufgrund von mangelnder Barrierefreiheit u. a. Aspekten häufig erschwerte Bedingungen hat, eine gleich gute Versorgung zu erhalten. Dies kann selbstverständlich zusätzlich durch das Vorhandensein eines Migrationshintergrunds weiter erschwert sein (Brzoska & Razum, 2017).

Gesundheitsversorgung von Älteren

Der demographische Wandel führt zu einem Anstieg der älteren Bevölkerung. Ein großer Anteil davon hat einen Migrationshintergrund.

Eine Analyse der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund, ihres sozioökonomischen Status sowie der Bedeutung der Migrantengeneration im Rahmen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des

Robert Koch-Instituts (Rommel, Saß, Born & Ellert, 2015) zeigt eindeutige geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen der ersten Migrantengeneration weisen im Gegensatz zu Frauen ohne Migrationshintergrund einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf, sind körperlich inaktiver, trinken aber auch weniger Alkohol, sind schlechter über Programme der Krebsfrüherkennung informiert und nehmen präventive Leistungen seltener in Anspruch. Bei Männern finden sich alle signifikanten Unterschiede sowohl in der ersten als auch in der zweiten Generation. Männer mit Migrationshintergrund weisen häufiger depressive Symptome auf, konsumieren allerdings seltener Alkohol und sind über Programme der Krebsfrüherkennung schlechter informiert. Bezüglich der Häufigkeit chronischer Erkrankungen fanden sich (nach Kontrolle für Alter und sozioökonomischen Status) keine signifikanten Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.

Eine der großen Migranten-Gruppen in Deutschland sind die älteren türkeistämmigen Langzeitimmigranten der ersten Generation mit zum Teil deutscher Staatsangehörigkeit. Wie verläuft ihr Altern unter Migrationsbedingungen? Wie gestaltet sich das Verhältnis zur Aufnahmekultur im Längsschnitt über den Lebenszyklus in fortgeschrittenem Alter? Bei älteren türkeistämmigen Langzeitimmigranten lassen sich eine innere und äußere Desintegration mit der Aufnahmekultur – also quasi altersabhängige rückläufige Integrationsprozesse – beobachten. Dies hat häufig ein Wiederaufleben der Ethnizität im Alter nach der Berentung im Sinne eines stärkeren Rückbesinnens auf die eigene Kultur und ethnische Gemeinschaft, ein sog. „ethnic revival“ zur Folge (Baykara-Krumme, 2012). Diesem steht ein gewisser Rückzug aus der Mehrheitsgesellschaft in die Netzwerke mit Angehörigen der eigenen Herkunftskultur wie in die Familie oder Religionsgemeinschaft gegenüber. Unter den möglichen Ursachen für diese Dynamik werden der größte

re Hilfebedarf, abnehmende Sprachkenntnisse durch geringere Interaktion mit Angehörigen der Mehrheitsgesellschaft nach dem Ende der Erwerbsarbeit, ein größeres Schutzbedürfnis bei der Bewältigung von Alterungsprozessen und ein Rückgriff auf im Lebenszyklus der Migration gewonnene ethnische Ressourcen, wie z. B. Anerkennung in der ethnischen Community und die ethnische Identität, hervorgehoben.

Die Frage nach den Generationsbeziehungen im Alter ist von besonderer Bedeutung, da die Familie in der Migration ein ganz zentraler Bezugspunkt ist. Kollektivistisch geprägte türkeistämmige Familien haben eine starke Familienzentrierung und größere Erwartungen an ihre Mitglieder, insbesondere die Kinder, hinsichtlich der Unterstützung und Versorgung der Eltern im Alter. Differieren diese traditionellen Vorstellungen zwischen Eltern und Kindern im Zuge generationsübergreifender Wandlungsprozesse im Rahmen bikultureller Identitätsentwicklungen, so kommt es zu konflikthaften Entsolidarisierungsprozessen mit der Folge von Distanzierung und Entfremdung zwischen den Generationen. Aufgrund der traditionellen hohen Wertschätzung der Eltern und der Geltung kultureller Werthaltungen in der ethnischen Community im Aufnahmeland wird dieser Konflikt häufig tabuisiert und von den Kindern aus Gewissensgründen wenn irgend möglich vermieden, allerdings oftmals mit nicht unerheblichen Folgen für das eigene Familienleben.

Eine weitere wichtige Thematik mit zunehmender Bedeutung auch für Menschen mit Migrationshintergrund in unserer Gesellschaft ist die Demenzerkrankung. Bereits heute gibt es unter den älteren Migranten eine große Anzahl demenziell erkrankter Menschen. Diese Situation wird sich in den nächsten Jahren weiter entwickeln und zuspitzen, da die Zahl der in Deutschland lebenden älteren Migranten stark ansteigen wird. Möglicherweise werden diese sogar die am stärksten wachsen-

de Bevölkerungsgruppe in Deutschland darstellen. Berechnungen zufolge könnte in einigen Jahren jeder vierte Rentner einen Migrationshintergrund haben (Jonas, 2007). Sprachprobleme und die Wahrnehmung von Demenz als ein „normales“ Zeichen des voranschreitenden Alters verhindern allerdings oftmals eine korrekte Diagnosestellung und adäquate Behandlung bei Migrantinnen und Migranten. Daher wird die Erkrankung häufig erst in einem viel späteren Stadium diagnostiziert als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Vielen Menschen fällt das Sprechen über seelische Probleme schwer. Noch schwerer ist es für Menschen in Deutschland, die eine andere kulturelle Zugehörigkeit haben und in einer anderen Sprache aufgewachsen sind. Bei der Diagnose einer Demenz verschwinden bei den Patienten häufig die im Erwachsenenalter in Deutschland erworbenen Fähigkeiten (Sprache, Kulturanpassung etc.). Angehörige vieler Kulturkreise erkennen allerdings Demenz oftmals nicht als Krankheit an. Dies hat zur Folge, dass Angehörige sich mit häuslicher Pflege verausgaben, anstatt professionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen. Zudem entstehen nicht selten Generationskonflikte mit den Kindern, die den kulturtypischen Erwartungen der Elterngeneration angesichts der Eingebundenheit in das Mobilität und Agilität erfordernde Erwerbsleben nicht entsprechen können. Aufklärung und muttersprachliche Diagnostik und Behandlung können hier hilfreich sein. Wichtig scheint hier die Entwicklung von – auf jeweils größere Gruppen zugeschnittenen – validierten Screeningverfahren zu sein.

Gesundheitsversorgung von Frauen und Kindern

Eine besonders vulnerable Gruppe in der Gesundheitsversorgung stellen Frauen und Kinder mit Migrationsbiografie dar.

Oft sind Frauen dieser Gruppe davon betroffen, dass während einer stationären Behandlung die gewohnten Netzwerke wegfallen: Ihre Rolle im sozialen Umfeld, z. B. innerhalb der Familie, ist ausgesetzt und muss unter den veränderten Vorzeichen neu ausgehandelt werden. Ist bspw. die gewohnte Unterstützung im Zuge eines Krankenhausaufenthalts nicht oder nur schwer verfügbar, sehen sich die Betroffenen mit der Übernahme der – mitunter ungewohnten – Führungsrolle in Bezug auf die eigene Behandlung oder die ihrer Kinder konfrontiert. Neben dem Stress, den eine stationäre Behandlung grundsätzlich für jeden Patienten und jede Patientin in sich birgt, führen bei Frauen mit Migrationsbiografie darüber hinaus Sprachbarrieren und Spannungen zwischen kulturell oder ethnisch bedingten unterschiedlichen Erwartungshaltungen leicht zu Missverständnissen und Verunsicherung.

In ihrer Rolle als Mutter fungieren Frauen als Bindeglied zwischen dem behandelnden Personal und ihren Kindern. Hier zeigen sich generelle Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund: Im Hinblick auf das Nutzungsverhalten von Gesundheitsversorgung, -prävention und -förderung für sich und ihre Kinder zeigten schon ältere Untersuchungen, dass ausländische Frauen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft im Vergleich zu deutschen Frauen seltener nutzen, ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko haben und häufiger operativ entbunden werden (Kolleck, Korporal & Zink, 1979). Neuere Untersuchungen, wie der 2017 vom Robert Koch-Institut verfasste Bericht „Migration und Gesundheit“ stellen fest, dass auch die Kinder von Zugewanderten seltener zu Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen vor-



gestellt werden (Robert Koch-Institut, 2017). Das mag mitunter daran liegen, dass der Zugang zu Gesundheitsangeboten und deren Nutzung davon abhängen, wie etabliert diese im jeweiligen Herkunftsland sind (Özsahin, 2001; Borutta, 2001). Auch bei der Bewältigung der migrationsbedingten inneren und äußeren Veränderungen spielt die Gesundheitsvorsorge möglicherweise eine untergeordnete Rolle (Collatz, 2010). In der Folge erhöhter Zugangsbarrieren und einer geringeren Inanspruchnahme gesundheitsrelevanter Leistungen sind beide Gruppen, Frauen und Kinder mit Migrationsbiografie, höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Dies steht einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung im Vergleich zu Frauen und Kindern der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund oft entgegen.

Dabei werden Eltern schon lange als wichtige Partner und Partnerinnen und als Ressource für die Entwicklung und Genesung ihres Kindes wahrgenommen. Die Förderung der Eltern-Kind-Bindung durch größtmöglichen Kontakt zueinander, eine zielgerichtete Unterstützung und Anleitung unter Einbeziehung in den Pflegeprozess und die Sensibilisierung für präventive Angebote sind dafür essenziell. Dies kann nur umgesetzt werden, wenn zwischen den Angehörigen und dem Personal eine ausreichende Kommunikation möglich ist. In diesem Zusammenhang kommt dem Abbau von Sprachbarrieren im Zuge der interkulturellen Öffnung des deutschen Gesundheitssystems eine zentrale Bedeutung zu, z. B. unterstützt durch Übersetzungen von Informationsmaterialien zu Themen der Gesundheitsversorgung, -prävention und -förderung.

In der Kinderheilkunde muss zudem berücksichtigt werden, dass die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland im Schnitt deutlich jünger ist als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Jede dritte Person unter 18 Jahren hat einen Migrationshintergrund, wobei es mit über 40 % den höchsten Anteil in der Altersgruppe der Kinder unter fünf Jahren gibt (Statistisches Bundesamt, 2019). Somit ist in der Kinderheilkunde die Gruppe der zu behandelnden Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund prozentual erheblich größer als in anderen medizinischen Fachrichtungen. Hier wären beispielsweise der Verlust wichtiger Bezugspersonen im Herkunftsland, die Anforderungen einer Neuorientierung und Integration, das Aufwachsen in zwei unterschiedlichen Kulturen sowie Diskriminierungserfahrungen, unterschiedliche Schmerzwahrnehmung und höhere Risiken für bestimmte Erkrankungen zu nennen. Es gibt jedoch auch Positives zu berücksichtigen, wie zum Beispiel eine höher eingeschätzte Zufriedenheit von Kindern aus Migrantenhaushalten im Vergleich zu Kindern ihrer Altersgruppe ohne Migrationshintergrund (Robert Koch-Institut, 2008).

Auch die Kinder sind den oben genannten Barrieren ausgesetzt und bedürfen in ihrer Abhängigkeit umso mehr unseres Schutzes. Allzu häufig fällt ihnen die Rolle der improvisierten Sprach- und Kulturmittler und -mittlerinnen zu, sofern sie sich schon besser akkulturiert haben als ihre Angehörigen. Dies kann zu einer starken rollenbedingten Ambivalenz und Überforderungsgefühlen führen.

Zusammenfassend weisen die vorhandenen Daten auf spezifische Risiken hin, denen Kinder und Frauen im Zusammenhang mit Migration ausgeliefert sind. Gleichwohl existieren bislang nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen hierzu – ein Manko, das es zu beheben gilt.

Um dem Anspruch Rechnung zu tragen, allen Patienten und Patientinnen sowie ihren Angehörigen eine gleichwertige Qualität in der Behandlung und Begleitung zu bieten, müssen Angebote abgeleitet und implementiert werden, die gruppenspezifische Bedürfnisse und Ressourcen einbeziehen. Mit dem Ziel der Entlastung zugunsten aller Beteiligten gilt es gleichzeitig einen Rahmen zu bieten, der es ihnen ermöglicht, derartige Angebote in der Praxis umzusetzen.

Seelische Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Geflüchteten

In der internationalen Literatur geht man davon aus, dass Migration ein kritisches Lebensereignis ist. Migration stellt eine psychologische Entwicklungsaufgabe für die Betroffenen dar und geht mit einer erhöhten Vulnerabilität für seelische Krisen und psychische Erkrankungen einher.

Jedoch ist es nicht die Migration per se, die krankmacht. Es sind vielmehr schlechte Migrationsbedingungen, die einen Risikofaktor für die Pathogenese psychischer Erkrankungen darstellen können (Bourque, Malla & Ven, 2011). Damit einhergehend nannten Geflüchtete in einer aktuellen Befragung der AOK psychische Beschwerden wie Mutlosigkeit, Traurigkeit und Bedrückung als häufigste gesundheitliche Symptome (Schröder, Zoak & Faulbaum, 2019).

Als ein plausibler Faktor für das höhere Erkrankungsrisiko von Migranten, Migrantinnen und Geflüchteten wurde eine aus Diskriminierung, eingeschränkter Lebensgestaltung und sozialen Gratifikationsdefiziten (social defeat) bestehende Trias sozialer Faktoren identifiziert.

Metaanalysen und Reviews zu Geflüchteten und Asylsuchenden (Bogic, Njoku & Priebe, 2015; Hollander, Dal & Lewis, 2016; Richter, Lehfeld & Niklewski, 2015; Steel, Chey & Silove, 2009):

- Geflüchtete haben ein bis zu zehnfach höheres Risiko für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) im Vergleich zur altersadjustierten Allgemeinbevölkerung – 9 % der Geflüchteten im Allgemeinen und 11 % der Kinder und Jugendlichen (Dapunt, Kluge & Heinz, 2017).
- Es liegt ein erhöhtes Risiko für psychotische Störungen bei Geflüchteten verglichen mit der einheimischen Bevölkerung vor (Laban, Komproe & De Jong, 2008).
- Bei etwa knapp 2/3 der Asylbewerber lag eine psychische Störung vor: PTBS (32 %), gefolgt von depressiven Episoden (22 %), Anpassungsstörungen, chronischer Insomnie und Suizidgedanken.
- Geflüchtete haben laut Hollander et al. eine 66 % höhere Wahrscheinlichkeit, eine Schizophrenie oder andere nicht-affektive psychotische Störung zu erleiden im Vergleich zu Migranten aus derselben Gegend, die keine Geflüchteten sind.

Die Prävalenzen für seelische Erkrankungen sind höher bei Geflüchteten, die über 5 Jahre in den Aufnahme-ländern verbleiben, was entweder auf Selektionsphänomene oder langanhaltende Stressfaktoren in der Phase der Postmigration zurückzuführen sein könnte.

Mit der Dauer des Asylverfahrens steigt die Prävalenz für psychische Störungen sowie körperliche Gesundheitsprobleme und es sinkt die Lebensqualität und Zufriedenheit der Betroffenen. Hierauf scheinen insbesondere ein mangelhafter Zugang zum Gesundheitssystem, geringe Lebensqualität, wahrgenommene Diskriminierung sowie eine fehlende Arbeitserlaubnis und finanzielle Sorgen einen wesentlichen Einfluss zu haben. Aktuelle Reviews zeigten, dass der kulturelle Kontext in Kombination mit sozialer Not zu einem erhöhten psychopathologischen Risiko führen kann (Graef-Calliess, Altunöz & Golz, 2019).

Zusammenfassend gewinnen auch Menschen mit Fluchthintergrund als Nutzer von Leistungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Obgleich sich die Zuwanderung von Schutzsuchenden seit 2015 verringert hat, stellt die anhaltende Zuwanderung die bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems vor neue Herausforderungen. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, Konzepte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Zugewanderten zu entwickeln, die – wie die vorausgehenden Ausführungen zeigen – ebenso die Diversität innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe berücksichtigen.

B

*Interkulturelle
Öffnung von
Krankenhäusern*

Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern

Trotz eines bereits seit längerem begonnenen Prozesses der interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems in Deutschland (Graef-Calliess, Altunöz & Golz, 2019) nehmen Migrantinnen und Migranten und Geflüchtete unverändert Angebote der Einrichtungen der Regelversorgung nur verzögert bzw. bedingt in Anspruch. Dies liegt in erster Linie an weiterhin bestehenden Zugangsbarrieren sowohl auf Seiten der Migrantinnen/Migranten und Geflüchteten als auch auf Seiten der Krankenhäuser. Möchte man die Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte nachhaltig verbessern und die Strukturen der Regelversorgung an die demographische und multikulturelle Entwicklung unserer Gesellschaft anpassen, so ist die interkulturelle Öffnung eine zwingende Voraussetzung dafür (Gün, 2017; Gün, 2018). Interkulturelle Öffnung eines Krankenhauses zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass strukturelle Rahmenbedingungen an ein interkulturell orientiertes Arbeitskonzept angepasst und dabei sprachliche, kulturelle, ethnische und religiöse Hintergründe der Patienten und Patientinnen sowie Mitarbeitenden berücksichtigt werden.

„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, 2009). Der Prozess besteht aus Maßnahmen der Personalentwicklung, Veränderungen in der Infrastruktur, einer kultursensiblen Gestaltung der Behandlung und Pflege sowie einer Grundhaltung, die sich der Gefahr von Dominanzstrukturen im Gesundheitssystem bewusst ist (Graef-Calliess & Schellhammer, 2017). Es gibt zunehmende

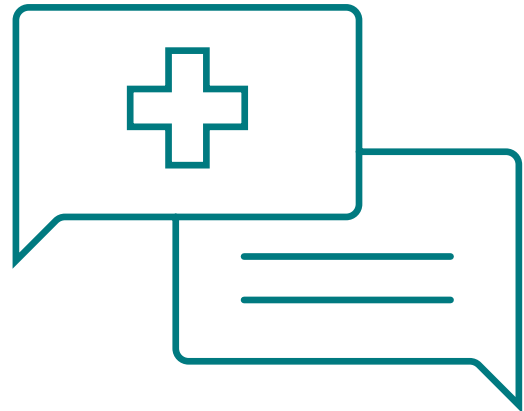
Hinweise auf die Auswirkungen von Rassismus und Diskriminierung auf seelische Gesundheit (Schouler-Ocak & Graef-Calliess, 2020).

Nach dem Motto „von oben gewollt (top down) und von unten getragen (bottom up)“ sollte der Prozess gleichzeitig auf der Leitungs- und auf der Mitarbeitenebene angesiedelt werden. „Dies setzt einen als Gesamtstrategie angelegten mittel- und langfristigen Prozess der Organisations- und Personalentwicklung voraus. Dabei geht es nicht unbedingt darum, für den Abbau einzelner Zugangsbarrieren pragmatische, sachbezogene Lösungen zu finden, sondern eher darum, die Entwicklung und Umsetzung eines generellen Veränderungsprozesses in die Wege zu leiten. Interkulturelle Öffnung muss zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Organisationskultur werden und einen umfassenden strategischen Ansatz beinhalten“ (Gün, 2009). Die interkulturelle Öffnung muss konsequent, unmissverständlich und bewusst betrieben und gefördert werden. Dies hängt u. a. davon ab, ob und inwieweit die Einrichtung in der Lage ist, interkulturelle Kompetenzen und Strukturen zu fördern und bereitzustellen.

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 das Patientenlientel. Externe Einflussgrößen können die Region, in der die Einrichtung verortet ist, Vorgaben eines übergeordneten Trägers, aber auch politische Entwicklungen auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene sein (Trilesnik et al., 2019).

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 den Einsatz 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.

Die Kliniken, die Integrationsbeauftragte haben, machen damit sehr gute Erfahrungen. Diese Erfahrungen können – mit je unterschiedlichen Schwerpunkten – auf andere Kliniken übertragen werden. Der Erfolg der Integrationsarbeit und damit der Prozess der interkulturellen Öffnung in einer Klinik hängt davon ab, ob die Tätigkeit der Integrationsbeauftragten mit der entsprechenden Legitimation als ein integrierter Bestandteil der Versorgungsstruktur fest verankert ist, ob sie über entsprechende Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten verfügen und inwieweit sie mit dem Qualitätsmanagement zusammenarbeiten können.



C

*Umsetzung der
interkulturellen
Öffnung*

Umsetzung der interkulturellen Öffnung

Interkulturelle Öffnung ist ein Querschnittsthema, das in vielen Bereichen des Gesundheits- und Krankenhauswesens bedeutsam ist. Dabei reicht die Integration des Themas in die Leitbilder und Unternehmenswerte (normative Unternehmensführung) nicht aus; vielmehr muss eine strukturelle Verankerung in die strategische und operative Unternehmensführung erfolgen (Koch, Staudt & Gary, 2015). Es gilt, Ziele wie die „bedarfsgerechte Weiterentwicklung migrationsspezifischer Behandlungsangebote“ zu formulieren und konkrete strategische Maßnahmen zu definieren, um diese Ziele zu erreichen. Langfristig muss gewährleistet werden, dass die strategischen Maßnahmen sich in den täglichen Abläufen und Prozessen niederschlagen.

Nicht zuletzt ist auch die personelle Zuordnung des Prozesses von entscheidender Bedeutung: Einige Konzerne, aber auch einzelne Kliniken haben hierzu die Stelle von Integrationsbeauftragten geschaffen. Es existieren verschiedene Bezeichnungen und Aufgabenprofile für Integrationsbeauftragte in der Kliniklandschaft, wie die Darstellungen weiter unten zeigen.

Gute Beispiele, wie die Verankerung des Themas in die Strukturen von Kliniken gelingen kann, sind der Arbeitskreis Migration des Vitos Konzerns in Hessen und das „Fachforum Migration“ des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) oder die Stelle einer Koordinatorin für Migrantinnen und Migranten im Hospital zum Heiligen Geist Frankfurt.

Arbeitskreis Migration, Vitos GmbH

Im Dezember 2009 wurde für das Vitos Klinikum Gießen-Marburg erstmals ein Migrationsbeauftragter bestellt. 2013 wurden dann im Rahmen des Konzeptes „Interkulturelle Öffnung der Kliniken der Vitos GmbH“ für alle Tochtergesellschaften Migrationsbeauftragte ernannt und der Arbeitskreis Migration unter gemeinsamer Leitung des Konzern-Migrationsbeauftragten und der Abteilung Unternehmensentwicklung der Vitos Holding ins Leben gerufen. Aufgabe des Arbeitskreises Migration ist die kontinuierliche Weiterentwicklung einer kultursensiblen Patientinnen- und Klientenversorgung und der Qualitätsstandards. Der Arbeitskreis Migration tagt in der Regel viermal im Jahr. Seit Mai 2017 regelt eine eigene Geschäftsordnung die Zusammenarbeit sowie die Einbindung des Arbeitskreises in die konzernweiten Vitos Gremien verbindlich.

Der Arbeitskreis Migration berät, bewertet und erarbeitet Themenbereiche, die sich auf den Prozess der interkulturellen Öffnung der Vitos Gesellschaften beziehen und zur Weiterentwicklung der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund beitragen. Die Ergebnisse werden in einem gemeinsamen Jahresbericht aller Migrationsbeauftragten der Vitos Gesellschaften zusammengetragen und konzernweit veröffentlicht.

Die Grafik auf Seite 28 gibt einen Überblick über die Themen des Arbeitskreises —→



Abbildung 1: Überblick über die Themen des Arbeitskreises Migration der Vitos Gesellschaften.

Quelle: Vitos GmbH.

Strukturelle Verankerung der interkulturellen Öffnung in den psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR)

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) bemüht sich als großer deutscher Psychiatrieträger seit vielen Jahren, die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte in seinen neun psychiatrischen Kliniken im Rheinland stetig zu verbessern.

In den politischen Gremien des LVR (Landschaftsversammlung, Fachausschüsse, insbesondere dem Gesundheitsausschuss) spielt das Thema eine wichtige Rolle und steht immer wieder auf der Tagesordnung. Seit Anfang der 2000er-Jahre verfolgt der LVR das Ziel, die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung von Migrantinnen und Migranten zu verbessern, die Mitarbeitenden zu sensibilisieren sowie die sozialen und kulturellen Zugangsbarrieren zu senken.

Die zehn Kliniken des LVR haben im März 2006 das Amt des „Integrationsbeauftragten“ eingeführt. Seitdem haben alle Kliniken jeweils zwei Integrationsbeauftragte. Diese sind in dieser Eigenschaft unmittelbar den Klinikvorständen unterstellt und beraten diese sowie die Chefin und den Chefarzt in allen interkulturellen Belangen. Hierbei erarbeiten sie klinikspezifische Konzepte zur interkulturellen Öffnung, welche alle drei Jahre überprüft und stetig weiterentwickelt werden. In den LVR-Krankenhausausschüssen erstatten die Integrationsbeauftragten einmal jährlich Bericht über ihre Aktivitäten in den jeweiligen Kliniken.

Die Integrationsbeauftragten der einzelnen Kliniken sind über das „LVR-Fachforum Migration“ mit der LVR-Klinikverbundzentrale verbunden. Das Fachforum besitzt eine

eigene Geschäftsordnung und tagt zweimal jährlich. In Arbeitsgruppen werden anstehende Themen bearbeitet und einmal jährlich im Rahmen einer moderierten zweitägigen Klausurtagung diskutiert.

Eine weitere Bündelung der interkulturellen Arbeit innerhalb des LVR-Klinikverbunds erfolgt über das „LVR-Kompetenzzentrum Migration“, das im Jahr 2018 aus dem „LVR-Verbundprojekt für die Kliniken des Landschaftsverbandes“ hervorgegangen ist. Das Kompetenzzentrum kooperiert mit den Integrationsbeauftragten der Kliniken und fungiert in enger Kooperation mit den Integrationsbeauftragten als Bündelungs- und Servicestelle.

Eine nachhaltige und alltagstaugliche Verbesserung der medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten im stationären Bereich ist nur gewährleistet, wenn die Gesundheitsinstitutionen verbindliche Aktivitäten zur interkulturellen Öffnung entwickeln und diese personell zuordnen (Koch, 2017a; Koch, Küchenhoff & Schouler-Ocak, 2018). Die Aufgaben der Integrationsbeauftragten sind vielfältig und richten sich nach der spezifischen Situation der jeweiligen Klinik, der Patientenstruktur und dem Versorgungsschwerpunkt. Bei der Tätigkeit der 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. Des Weiteren sind Prinzipien der Ressourcen- und Bedarfsorientierung, Nachhaltigkeit und Finanzierbarkeit zu berücksichtigen (Gün, 2011). Diese strukturellen Qualitätsmerkmale sollen das Krankenhaus in die Lage versetzen, die Patienten- und Mitarbeitendenzufriedenheit zu erhöhen, Zertifizierungsprozesse (z. B. KTQ-Zertifizierung) besser zu bewältigen und sich im Wettbewerb langfristig zu bewähren (Gün, 2009; Koch & Staudt, 2020).

Integrationsbeauftragter, LVR-Klinik Köln

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 Zuwandernde zu erhöhen. Damit soll der Weg für tiefergehende Umstrukturierungen geebnet werden, welche die spezifischen Bedürfnisse der zu behandelnden Personen mit Migrationshintergrund berücksichtigen. Seit der Ernennung des Integrationsbeauftragten findet in der LVR-Klinik Köln ein kontinuierlicher Weiterentwicklungsprozess der interkulturellen Sensibilisierung (i.S.v. Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten) und Implementierung in die systematische Prozessorganisation statt.



Abbildung 2: Der Integrationsbeauftragte im therapeutischen Gespräch mit einem Patienten mit Migrationshintergrund.

Quelle: LVR-Klinikverbund, Matthias Jung.

Der Integrationsbeauftragte arbeitet nach einem Konzept, welches dreijährlich aktualisiert und vom Vorstand genehmigt wird. Er ist Ansprechpartner bei allen Fragen der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund und nimmt die Interessen des Krankenhauses in allen Belangen wahr, die mit Migranten und Migrantinnen zu tun haben. In seinem Zuständigkeitsbereich berät er die Vorstände, ärztliches und pflegerisches Personal, Verwaltung und – gegebenenfalls – den Träger. Auf diese Weise konnten viele Maßnahmen zur Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte realisiert werden.

In enger Zusammenarbeit mit der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) macht der Integrationsbeauftragte Vorschläge für die Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und koordiniert diese. So wurde bspw. bei Stichtagserhebungen in Bezug auf die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten die Erfassung des Migrationshintergrundes eingeführt. Des Weiteren wurde der klinikinterne Facharbeitskreis „Qualitätszirkel Integration“ gegründet sowie die Möglichkeit zur Erfassung migrationssensibler Daten im Aufnahmebogen der Klinik geschaffen.

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

Koordinatorin für Migrantinnen und 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 Migrationsbeauftragte. Meine Klinik hat über 250 Betten und ist als ein Innenstadtkrankenhaus mit Schwerpunkt Notfallversorgung für die Versorgung vieler Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund 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-Informationssystem (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 vermittele 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“.



Abbildung 3: Der Raum der Stille im Hospital zum Heiligen Geist bietet Angehörigen verschiedener Religionen einen Rückzugsort.

Quelle: Hospital zum Heiligen Geist, Frankfurt.

Der mit Symbolen der monotheistischen Religionen und des Buddhismus geschmückte Raum will für alle Patientinnen und Patienten eine angenehme und angemessene Atmosphäre schaffen.

Frau Naimi, für wie wichtig halten Sie Ihre Tätigkeit als Migrantin-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 Erfahrungsbe- reich 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 erfolgreich durchgeführt werden.

Bei einer Patientin, die gebrochen deutsch sprach, nahmen die Ärzte ganz selbstverständlich an, dass die Verständigung für sie ausreichend war. Nachdem die Patientin berichtete, sie habe seit einer Woche heftige Verdauungs-

probleme, wurde sie vorsichtshalber isoliert, d.h. sie bekam ein Einzelzimmer, damit nicht etwaige Keime auf eine Mitpatientin übertragen werden konnten. Nach drei Tagen wurde ich gerufen, weil man Zweifel an der Schilderung der Patientin bekam. Es stellte sich heraus, dass sie nicht seit einer Woche, sondern vor einer Woche die heftigen Beschwerden hatte – und damit eine Isolierung, die für die Klinik mehr Arbeits- und finanziellen Aufwand bedeutete, völlig unnötig war.

Ein Beispiel für die Verankerung des Konzeptes zur interkulturellen Öffnung bei allen Mitarbeitern bietet der Vitos Konzern:

Willkommen bei Vitos, Vitos GmbH

In der mehrmals jährlich stattfindenden Veranstaltung „Willkommen bei Vitos“ stellt sich der Konzern als Arbeitgeber neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor.

Die Teilnehmer lernen die Entwicklung, die Haltung und die vielfältigen Angebote besser kennen und erfahren Wissenswertes über die Strategieplanung und deren Auswirkungen auf die tägliche Arbeit. Vorgestellt werden u.a. die Vitos Werte und das Vitos Leitbild als zentrale Elemente der normativen Unternehmensführung und Orientierungswerte für das alltägliche Handeln. Unter den Überschriften „Unsere Haltung“ und „Wir in der Gesellschaft“ formuliert das Leitbild folgenden Anspruch:

„[...] Egal woher ein Mensch kommt, wer und wie er ist, wir begegnen ihm offen und wertschätzend. Wir nehmen jeden Menschen in seiner Einzigartigkeit an und helfen ihm dabei, Ziele zu entwickeln und zu erreichen. Unsere Mittel setzen

wir achtsam und zielgerichtet ein. [...] Die Einbeziehung der Familien und des sozialen Umfeldes ist uns wichtig. Wir stehen für Teilhabe unserer Patienten, Klienten und Bewohner an der Gesellschaft und für interkulturelle Öffnung. Diskriminierung und Ausgrenzung haben bei uns keinen Platz.“

An anschaulichen Beispielen wird erörtert, welche Maßnahmen die Vitos Einrichtungen bereits ergriffen haben, um die Behandlung und Betreuung von Patienten und Patientinnen, Klientinnen und Klienten und Bewohnern mit Migrationshintergrund zu verbessern. Dabei wird der Blick durch die Vorstellung der strategischen Ziele und Maßnahmen des Konzerns insbesondere auch in die Zukunft gerichtet: Wie können bedarfsgerechte migrationsspezifische Angebote wie z. B. interkulturelle Psychoedukationsgruppen aufgebaut oder transkulturelle Pflegekonzepte dauerhaft in die Regelversorgung implementiert werden?

Die jährlich abgeleiteten strategischen Maßnahmen münden in entsprechende Projekte, die den Teilnehmenden dieser Willkommensveranstaltung vorgestellt werden. An den Veranstaltungstagen besteht zudem die Gelegenheit, mit Führungskräften der Vitos GmbH direkt ins Gespräch zu kommen. Hierfür werden spezielle Diskussionsrunden angeboten, in denen neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Fragen an die Führungsebene stellen können.

Neben „Willkommen bei Vitos“ finden an zahlreichen Standorten zusätzlich lokale Einführungsveranstaltungen statt, an denen sich die Migrationsbeauftragten den neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorstellen.

Darüber hinaus erscheinen regelmäßige Beiträge im Vitos BLOG und den Mitarbeiterzeitschriften über die Arbeit der

Behandlerinnen und Behandler für Menschen mit Flucht- oder Migrationsgeschichte.

Veranstaltungen im Rahmen des Führungskräfte Trainings bei Vitos, die sich speziell mit dem Themenbereich „interkulturelle Öffnung der Kliniken“ beschäftigen und durch den Konzern-Migrationsbeauftragten mitgestaltet werden, runden das Angebot ab.

Wie wichtig die institutionelle Verankerung des interkulturellen Öffnungsprozesses ist, zeigt sich an der erfolgreichen Arbeit des Fachreferates Interkulturelle Versorgung in der MünchenKlinik:

10 Jahre Fachreferat Interkulturelle Versorgung – wertvolle Erfahrungen im Prozess der interkulturellen Öffnung

Mit der Ernennung einer „Fachreferentin interkulturelle Öffnung“ zur nachhaltigen Implementierung und Strukturierung des klinikweiten Öffnungsprozesses hatte das ehemals Städtische Klinikum München – jetzt MünchenKlinik – eine Vorreiterrolle inne.

2005 wurde der Schritt auf der Ebene der Geschäftsführung vollzogen. In einer Dokumentation des Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit 2008 heißt es dazu: „Um die interkulturelle Perspektive in der medizinischen und pflegerischen Versorgung sicherzustellen, hat das Städtische Klinikum 2005 auf der Ebene der Geschäftsführung das Fachreferat für Interkulturelle Versorgung eingerichtet, um geeignete Maßnahmen zu entwickeln und nachhaltig zu etablieren.“

Aufgrund dieser Definition der interkulturellen Öffnung als Führungsaufgabe gelang es in einem 10-jährigen Prozess, folgende Angebote zu initiieren und zu begleiten:

- Standardisierte Erfassung der Nationalität der Patienten und Patientinnen, Evaluierung der Daten, Erstellung von Bedarfsanalysen
- Installierung des „Hausinternen Dolmetscherdienstes“, ein strukturiertes, qualitätsorientiertes kostenfreies Modell. In allen 5 Kliniken übersetzten über 100 (durch Fortbildung) qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Medizin und Pflege mit einem Sprachenpool von über 35 Sprachen.
- Muttersprachliche Informationsangebote für Migrantinnen und Migranten
- Geleitete türkischsprachige Diabetiker-Selbsthilfegruppe
- Türkischsprachige Knie- und Hüftsprechstunde
- Informationsveranstaltungen, Vorträge in mehreren Sprachen zu allgemeinen Gesundheitsthemen/Krankheitsbildern
- Errichtung eines muslimischen Gebetsraumes
- Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft „interkulturelle Öffnung“ mit Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus den Bereichen Patientenaufnahme, Pflege, Kliniksozialdienst und Leitungen der Standortleitungen der Dolmetscherdienste
- Fortbildungen

- Jährlicher Bericht an die Geschäftsleitung, Berichterstattung im jährlichen Qualitätsbericht, Veröffentlichungsarbeit

Das Beispiel zeigt: Definiert eine Geschäftsführung oder Klinikleitung die interkulturelle Öffnung als ihre Aufgabe, schafft sie Beauftragungen und Strukturen, dann gelingen weitreichende Schritte, um Zugangsbarrieren abzubauen, die kultursensible Versorgung zu implementieren bzw. erheblich zu verbessern und damit die Patienten- wie Mitarbeitendenzufriedenheit zu heben.

Die institutionelle Verankerung der interkulturellen Öffnung muss für ein langfristiges Bestehen regelmäßig überprüft und überarbeitet werden. Für die qualitative Überprüfung der umgesetzten Maßnahmen setzt die LVR-Klinik Köln auf ein strukturiertes Audit-Instrument.

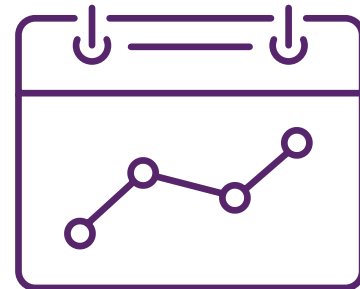
Checkliste zur Überprüfung der interkulturellen Öffnung, LVR-Klinik Köln

Zur Selbstbewertung der interkulturellen Ausrichtung der Klinik wird in der LVR-Klinik Köln eine Checkliste eingesetzt. Diese soll zur Einschätzung dienen, ob die Klinik als interkulturell geöffnet betrachtet werden kann und interkulturelle Kompetenzen vorweisen kann.

Die Durchführung und Auswertung der Selbstbewertung mithilfe der Checkliste erfolgt in Zusammenarbeit mit der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) und dem Integrationsbeauftragten. Die vom Integrationsbeauftragten entwickelten „Leitkriterien für eine interkulturell geöffnete bzw. ausgerichtete Institution des Gesundheitsdienstes“

(Checkliste) werden der Selbstbewertung zugrunde gelegt (Gün, 2009; Gün, 2018). Dabei wurde die Checkliste für diesen Survey operationalisiert, eine Skalierung hinzugefügt und Kriterien zur Erhöhung der Eindeutigkeit und Trennschärfe aufgesplittet. Die Checkliste enthält 45 Leitkriterien. Damit werden verschiedene interkulturelle Instrumente und Maßnahmen aus den unterschiedlichen Themen und Berufsfeldern der psychiatrischen Klinik abgedeckt. Im Rahmen einer Online-Befragung wird diese Checkliste vom Klinikvorstand und seinen Stellvertretungen, von Qualitätsmanagementbeauftragten und Integrationsbeauftragten ausgefüllt und im Qualitätsmanagement ausgewertet.

Aus den Ergebnissen der Befragung werden in Zusammenarbeit mit QMB und QZI (Qualitätszirkel Integration) Maßnahmen entwickelt und dem Vorstand vorgelegt. Aus den Ergebnissen werden auf Vorstandsebene Maßnahmen abgeleitet. Dieses Instrument der Selbstbewertung wird in Abständen von drei Jahren eingesetzt.



D

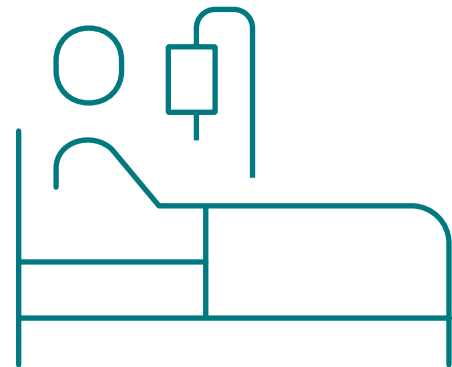
*Handlungsfelder
der interkulturellen
Öffnung*

Handlungsfelder der interkulturellen Öffnung

Die interkulturelle Öffnung wirkt sich auf alle Managementbereiche einer Klinik aus. Interkulturalität betrifft nicht nur eine zielgruppenorientierte Ausrichtung der Angebote, sondern auch Öffentlichkeitsarbeit und Außendarstellung. 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 & Wagner, 2008; Koch & Staudt, 2020; Bender, Staudt & Koch, 2020). Kontinuierliche Patientenbefragungen (auch in der jeweiligen Muttersprache) greifen zusätzlich die Perspektive der Patientinnen und Patienten auf. Das Qualitätsmanagement eines Krankenhauses begleitet den Prozess der interkulturellen Öffnung.

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.



DI Kommunikation und Dolmetschen

Der Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung wird durch das Gespräch zwischen Arzt oder/und Ärztin, Versorgungsteam sowie Patientinnen und Patienten gelegt. Diagnosen können meist nur zielgenau und differenziert erstellt werden, wenn Patientinnen und Patienten 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 & Bundesministerium für Justiz, 2003).

Bei Patienten, die der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, ist erforderlichenfalls eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher hinzuzuziehen, wobei die Fragen der Bereitstellung und der Kostenübernahme gesetzlich nicht geregelt sind; allerdings wird in der Gesetzesbegründung die Kostenübernahme durch den Patienten genannt (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, Deutscher Bundestag – 17. Wahlperiode, Drucksache 17/10488, 15.08.2012; Verabschiedung am 01.02.2013).

In diesem Zusammenhang ist wichtig zu betonen, dass laut BGB (§ 630) jedes Krankenhaus verpflichtet ist, umfangreiche Patientenaufklärung sicherzustellen:

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 630e Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

Diese umfangreiche Aufklärungspflicht kann bei nicht ausreichender Sprachkompetenz in der deutschen Sprache nicht ohne professionelles Dolmetschen gewährleistet werden.

Um diesen komplexen Aufklärungsanforderungen im Alltag gerecht werden zu können, bedarf es bei der aktuellen Gesetzeslage demzufolge funktionierender Dolmetschersysteme. Aufgrund der fehlenden Refinanzierung durch die Krankenkassen sind diese Dolmetscherstrukturen in Eigenregie aufzubauen. Die entstehenden Kosten entfallen derzeit auf das Budget der Krankenhäuser.

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 & 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 (Koch E., 2017b).

Aufgrund ihrer Lebensumstände und Biografien verstehen gerade Menschen, die erst kürzlich nach Deutschland gekommen sind (hier v.a. Geflüchtete), aber auch ein Teil der älteren 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 und pflegerische Erklärungen zu verstehen. Die folgende kurze Fallbeschreibung macht deutlich, wie wichtig auch das Interesse an der Lebensgeschichte und eine angemessene Zuwendung für die Patientinnen und Patienten sind. Dabei erleichtern muttersprachliche Behandlerinnen und Behandler den Kontakt, grundsätzlich kann in ähnlichen Fällen aber auch eine Therapeutin oder ein Therapeut unter Beteiligung von Dolmetschenden eine erfolgreiche Behandlung leisten.

Ein Beispiel aus der Praxis soll dies veranschaulichen:



Mehr als 20 Ärztinnen und Ärzte konsultiert, LVR-Klinik Köln

Frau D. ist 52 Jahre alt. Sie leidet seit mehr als 20 Jahren unter Magenschmerzen und seit 5 Jahren zunehmend unter depressiven Zuständen. Sie klagt über Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, 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 auf Hilfe bin ich zu mindestens 20 Ärzten gegangen. 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.



Geflüchtete Mutter kollabiert am Bett ihres Kindes, Charité Berlin

Die Mutter eines intensivpflichtigen Säuglings kollabierte am Bett ihres Kindes. Retrospektiv stellte sich in einem daraufhin anberaumten Dolmetschergespräch heraus, dass die aus Afrika geflüchtete Frau seit mehreren Tagen keine Nahrung zu sich genommen hatte und in der Folge völlig entkräftet war.

Aus ihrer Notunterkunft einer kleineren Stadt war sie mit ihrem schwerkranken Kind in eine Universitätsklinik der nächstgrößeren Stadt verlegt worden. Dort kam sie zunächst einige Tage, voll versorgt, in einem stationszugehörigen Elternzimmer unter, bis ihr in einem kliniknahen Ronald Mac Donald Haus ein Appartement auf längere Sicht vermittelt wurde. Doch diese Lösung war mit der Selbstversorgung der Mutter verbunden.

Aufgrund von Kommunikationsbarrieren, der hohen psychischen Belastung und mangelnden Wissens war die Frau mit der Organisation der nun nötigen Schritte überfordert – auch die das Kind behandelnde Station war nicht dafür sensibilisiert.

Nach Involvierung des Sozialdienstes konnte dieser sich mit den zuständigen Behörden in Verbindung setzen, vermitteln und das Problem zeitnah gelöst werden. Die Mutter erhielt fortan unkompliziert eine Verpflegungspauschale.



Bedienung der Milchpumpe, Charité Berlin

Eine Wöchnerin, deren neugeborenes Kind sich in intensivmedizinischer Betreuung befand und daher nicht gestillt werden konnte, kam, obwohl sie offensichtlich Milch abpumpte, kaum in die Milchbildung. Sie wirkte hilflos und entmutigt. Sprachbarrieren erschwerten den gegenseitigen Austausch wichtiger Informationen.

In einem Dolmetschergespräch stellte sich heraus, dass sie die Bedienung der Milchpumpe nicht gut verstanden hatte und ihr grundlegende Informationen zur Häufigkeit der Nutzung und zur Auswahl des passenden Programmes fehlten. Dieses Defizit konnte in einem ausführlichen Dolmetschergespräch beseitigt werden.

Nachdem jedoch häufiger ähnliche Situationen beobachtet werden konnten, wurden in der Folge Übersetzungen stationsrelevanter Informationen in die am häufigsten nachgefragten Fremdsprachen vorgenom-

men; wenn es möglich war, unter Zuhilfenahme von Piktogrammen. Als wichtige Informationen erwiesen sich hier vor allem Hygienerichtlinien sowie Besucher/-inneninformationen in Bezug auf behördliche Angelegenheiten, typische ärztliche und pflegerische Maßnahmen und Anleitungen für die Versorgung der Kinder.

Hierdurch wurden kommunikationsbedingte Barrieren deutlich gemindert, gesundheitsförderliche Prozesse zwischen Eltern und Kind gestärkt und das Team gleichermaßen entlastet. Denn durch die Einbindung der Eltern in die Pflege ihres Kindes wurde die Eltern-Kind-Bindung günstig beeinflusst. Des Weiteren wurde durch den geringeren Zeitaufwand für die Vermittlung von Informationen und die gestiegene Kooperationsbereitschaft der Angehörigen bei der Einhaltung von stationsinternen Regeln die Arbeitsbelastung minimiert.



Falsche Medikamenteneinnahme aufgrund von Verständigungsproblemen (I)

Nachdem die ältere türkeistämmige Patientin, offensichtlich aufgrund einer nicht erfolgten Einnahme verordneter Medikamente, erneut erfolgreich stationär behandelt wurde, fand ein längeres Gespräch der Mitarbeiterin der Pflegeüberleitung mit der Tochter der Kranken statt.

Erst nach längerer Diskussion gelang es, so viel Vertrauen zu schaffen, dass die Tochter voller Scham eingestehen konnte, dass ihre Mutter Analphabetin ist und weder die Medikamentenverordnung noch den Beipackzettel lesen konnte. Auch ihr gegenüber hatte die alte Frau über ihr Problem geschwiegen.

Falsche Medikamenteneinnahme aufgrund von Verständigungsproblemen (II)

Nach der Einleitung einer erfolgversprechenden medikamentösen Therapie wurde die Patientin in häusliche Pflege entlassen. Bei der Entlassung erhielt die Patientin ein Rezept, das sie in der Apotheke einlösen musste.

Trotz der ausführlichen ärztlichen Anweisung zur Medikamenteneinnahme verstand die Patientin diese nicht und nahm die Tabletten statt über einen längeren Zeitraum regelmäßig – bzw. über den Tag verteilt – alle gleichzeitig.

Die Patientin konnte nach 14 Tagen intensivpflichtiger Behandlung wieder entlassen werden.

Sprachliche Verständigungsprobleme können krankheitsbedingt im Alter zunehmen. Aufgrund der demografischen Entwicklung treten auch Demenzerkrankungen bei Patienten

und Patienten mit Zuwanderungsgeschichte häufiger auf. Folgen können z. B. der Verlust der zuvor gut beherrschten deutschen Sprache sein.

Irrtümliche Ablehnung einer wichtigen medizinischen Maßnahme aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten

Bei der Aufklärung zur Bandscheibenoperation verstand der Patient lediglich das Wort „Rollstuhl“. Er lehnte die weiteren Behandlungsmaßnahmen ab, da er aufgrund der geringen Information annahm, dass der Erfolg der Operation darin bestehen würde, ihn in

den Rollstuhl zu bringen. Erst nachdem ein Dolmetscherdienst hinzugezogen wurde, verstand der Patient die Inhalte des Aufklärungsgesprächs und willigte in die weitere Behandlung ein.





Verlust der deutschen Zweitsprache in der Demenz, Vitos Klinikum Gießen-Marburg

Der 54-jährige Mustafa S., ein freundlicher, gut deutsch sprechender Mann, 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. Herr S. wird vorzeitig berentet.

Nach der Berentung verstärkt sich die wahnhaft 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 Demenzerkrankung ist keine Kommunikation in deutscher Sprache mehr möglich.

Gerade in der Psychiatrie ist es notwendig, dass die Untersuchenden alle Informationen erhalten, um sich auch ein möglichst genaues Bild von dem inneren Erleben der Patientinnen und Patienten machen zu können. Dies erfordert professionelle Dolmetschende, 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 fremdanamnестische 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 Geflüchteter 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 türkisch-sprechenden 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 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 machten ihm Angst. Seiner Haltung, Gestik und Mimik ist zu entnehmen, dass er unter massiven Angstzuständen leidet.

Für den Bruder sind diese paranoiden Erlebnisse 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 inneren Wahrnehmungen des Patienten zu erzählen, da sie seiner Ansicht nach nicht von Bedeutung sind. 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 beim behandelnden Personal auslöste. Hier

handelte es sich also weniger um ein rein sprachliches, sondern vielmehr um ein kulturelles Verständigungsproblem.



Der scheinbar aggressive Patient

Ein älterer türkischer Muslim lag 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 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.

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 & 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, Laws, Mayo & Zuckerman, 2003). So wird leicht verständlich, warum bei einer Untersuchung, ob Kommunikationseinschränkungen auf Patientenseite das Risiko für vermeidbare, unerwünschte Ereignisse erhöhen, ein dreifach erhöhtes Risiko ermittelt wurde (Barlett, Blais, Tamblyn, Cerlmont & MacGibbon, 2008). 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



Abbildung 4: Eine mehrsprachige und im Dolmetschen geschulte Mitarbeiterin des Hausinternen Dolmetscherdienstes übersetzt bei einem Arzt-Patient-Gespräch.

Quelle: Presseabteilung des Städtischen Klinikums München.

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, Lindemeyer & Lorenz, 2004) der Städtisches Klinikum München GmbH (jetzt MünchenKlinik) dar. Ihr 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, MünchenKlinik

Der „Hausinterne Dolmetscherdienst“ wurde gegründet, um einen qualifizierten und strukturierten Übersetzungsdienst von mehrsprachigen, medizinisch/pflegerisch ausgebildeten und im Dolmetschen geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinikums anzubieten. Er übersetzt für Personal sowie Patientinnen und Patienten und deren Angehörige kostenlos und zeitnah. 2015 boten ca. 120 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den 5 Klinikstandorten der Städtisches Klinikum München GmbH (seit 1. Januar 2020 umfirmiert unter dem Namen MünchenKlinik gGmbH) in 35 Sprachen ihre Sprachkompetenz an. Tagsüber fanden v.a. geplante Einsätze (Notfallregelung vorhanden) statt, nachts konnte per Telefon gedolmetscht werden. Geregelt waren in dem Modell die Struktur der Inanspruchnahme des Dienstes, die Fortbildung, der Schutz sowie die juristische Absicherung der Dolmetschenden und des Klinikums und die Dokumentation der Einsätze, ebenso die Freiwilligkeit der Mitarbeit, eine vorherige gründliche Einweisung, Arbeitszeitausgleich bei dokumentierten Einsätzen, begleitende Beratung und eine jährliche Fortbildung. Eine genaue Darstellung des Modells ist publiziert (Wesselman, Lindemeyer & Lorenz, 2004). Mittlerweile wurde das Modell auf weitere Kliniken übertragen. So greifen bspw. die Salzburger Landesklinik und Vitos in Hessen Grundzüge des „Hausinternen Dolmetscherdienst“ nach dem Münchener Vorbild auf. Auch heute noch hält die MünchenKlinik daran fest, mit dem Versprechen des Serviceangebots „Hausinterner Dolmetscherdienst“ auf ihrer Website zu werben: Dort heißt es „Sollten Sie sprachliche Unterstützung benötigen, steht Ihnen und Ihren Angehörigen der Hausinterne Dolmetscherdienst kostenlos zur Verfügung.“

Da ein hausinterner Dolmetscherdienst nicht alleine alle Anfragen abdecken kann, gibt es auch darüberhinausgehende Konzepte. Das Drei-Säulen-Modell von Vitos beinhaltet verschiedene Möglichkeiten für die Einbindung von Dolmetschenden.

Das Drei-Säulen-Modell des Dolmetschens, Vitos Konzern

Das Drei-Säulen-Modell sieht im Sinne eines konzernweiten Qualitätsversprechens verschiedene Möglichkeiten zur Einbindung von Dolmetschenden vor, um allen Patienten und Patientinnen, die sich nicht ausreichend in deutscher Sprache verständigen können, einen Dolmetschenden zur Verfügung zu stellen.



Abbildung 5: Das Drei-Säulen-Modell des Dolmetschens bei Vitos.

Quelle: Vitos GmbH.

Hausinterne Dolmetscherdienste: Seit 2016 baut Vitos in allen Gesellschaften eigene hausinterne Dolmetscherdienste auf. Diese werden durch die Migrationsbeauftrag-

ten in den jeweiligen Tochtergesellschaften koordiniert. Interessierte Mitarbeitende, die neben Deutsch eine weitere Sprache fließend sprechen und sich für Dolmetschertätigkeiten zur Verfügung stellen möchten, erhalten eine eintägige Schulung über die Vitos Akademie. In dieser Schulung werden die Mitarbeitenden in Technik und Ethik des Dolmetschens ausgebildet, um einen hohen Qualitätsstandard hausinterner Übersetzungsleistungen zu gewährleisten. Ein Konzept fasst alles Wissenswerte rund um einen hausinternen Dolmetschereinsatz zusammen.

Externe Dolmetscherdienste: Hinzu kommen Kooperationen mit externen regionalen Dolmetscherbüros und Gemeindedolmetscherdiensten. Falls der hausinterne Dolmetscherdienst bestimmte Sprachen nicht abdeckt oder nicht zur Verfügung steht, kann auf lokale externe Dolmetscherdienste zurückgegriffen werden. Die Migrationsbeauftragten unterstützen bei Kooperationsvereinbarungen mit regionalen Dolmetscherbüros oder Gemeindedolmetscherdiensten und stellen den Behandelnden aktuelle Listen mit Ansprechpartnern zur Verfügung. Oftmals können externe Dolmetscherdienste professionelle Dolmetschende für mehr als 40 verschiedene Sprachen zur Verfügung stellen (s.a. Dolmetscherservice des Landkreises Marburg-Biedenkopf, DolMa). Die Kosten für einen so vermittelten Dolmetschenden werden i.d.R. aus dem Klinikbudget finanziert.

Videodolmetschen: Als dritte Säule steht seit 2019 zusätzlich das Videodolmetschen zur Verfügung – zum Beispiel bei seltenen Sprachen, an Wochenenden, Feiertagen oder in der Nacht. In mehreren vorgeschalteten Pilotprojekten hat Vitos Erfahrungen mit dem Videodolmetschen gesammelt und einen Rahmenvertrag mit einem externen Anbieter geschlossen. Im Gegensatz zum reinen Telefondol-

metschen besteht beim Videodolmetschen Sichtkontakt zwischen allen Beteiligten. Damit hat der Dolmetschende auch die Möglichkeit, Gestik und Mimik des Patienten bei seiner Übersetzung zu berücksichtigen. Grundsätzlich haben zwar physisch anwesende Dolmetschende nach dem 3-Säulen-Modell Priorität – unter Bedingungen der Corona-Pandemie bietet das Videodolmetschen aber deutliche Vorteile und könnte zukünftig eine wachsende Bedeutung erlangen.

Die nachfolgenden Ausschnitte aus Kurzinterviews mit Beschäftigten aus der MünchenKlinik zeigen, wie notwendig das Personal auf geeignete Kommunikationsmittler im Klinikalltag angewiesen ist, welche Kompetenz die Dolmetschenden dabei einbringen und wie notwendig die Informationen für die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sind.



Abbildung 6: Dolmetschsituation.

Quelle: Presseabteilung des Städtischen Klinikums München.



Dolmetscherinnen und Dolmetscher der MünchenKlinik 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 das 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.“



Dolmetscherinnen und Dolmetscher der MünchenKlinik berichteten von ihren Erfahrungen:

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 Sprach Einschränkungen.

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.“



Dolmetscherinnen und Dolmetscher der MünchenKlinik berichteten von ihren Erfahrungen:

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.

Supervision beim Dolmetscherservice des Landkreises Marburg-Biedenkopf (DolMa), Marburg-Biedenkopf

DolMa schult seit 2009 regelmäßig Dolmetschende für den Einsatz in Krankenhäusern, Beratungsstellen, Schulen und Behörden. Bis November 2020 wurden sechs Ausbildungsgänge über je 60 bis 70 Stunden durchgeführt. Diese behandeln neben Technik und Ethik des Dolmetschens medizinische Grundbegriffe und wichtige Krankheitsbilder. Darüber hinaus werden u.a. das Gesundheits-, Sozial- und Schulwesen sowie interkulturelle Kommunikation thematisiert.

Aktuell stehen ca. 85 Dolmetschende für ca. 45 Sprachen zur Verfügung. 2019 wurden ca. 2800 Aufträge erteilt. Die Organisation der Einsätze und die inhaltliche Begleitung der Dolmetschenden erfolgt über das Büro für Integration der Kreisverwaltung. Die Kosten für Einsätze der Dolmetschenden (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.

Die Dolmetschenden sind zumeist medizinische und psychologische Laien, die oft in schwierigen Gesprächen zum Einsatz kommen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Daher ist eine Supervision, die Raum für Besprechung und Reflexion etwaiger Belastungen gibt, von besonderer Bedeutung.

Der Rückblick auf fast zehn Jahre Supervision zeigt als wiederkehrendes Thema den Umgang mit notwendiger Abgrenzung von Nöten und Erfahrungen der Klienten wie auch deren Wünschen nach persönlicher Nähe zu den Dolmetschenden. Rollenunklarheit bei Vermischung privater Kontakte und offizieller Dolmetscheraufträge können sich zu erheblichen Konflikten für die Dolmetschenden entwickeln.

Ebenfalls werden häufig Probleme mit unerfahrenen Auftraggebern und Gesprächsführern berichtet, die die Regeln zum professionellen Dolmetschen nicht kennen. Daher sind Trainingsprogramme zum Umgang mit Dolmetschern sinnvoll und notwendig (s. a. ZwischenWelten vom UKE und E-Learning-Modul von Vitos). Ein weiteres wesentliches Element der Supervision ist der Austausch in der Gruppe. Dieser erweitert den Erfahrungsschatz der Dolmetschenden und stärkt deren Selbstbewusstsein.

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.

Umgang mit dem „Muttersprachengebrauch von Patientinnen und Patienten“ im stationären Alltag in der LVR Klinik Köln

Anlässlich mehrerer Berichte seitens der Kolleginnen und Kollegen hat sich der Qualitätszirkel Integration (QZI) unter der Leitung des Integrationsbeauftragten mit dem Thema „Muttersprachengebrauch von Patientinnen und Patienten im stationären Alltag“ beschäftigt und ein Positionspapier entwickelt. Nach Abstimmung und Genehmigung des Klinikvorstandes wurde das Papier im klinikinternen Dokumentenmanagementsystem unter der Überschrift „Leitfaden, Gebrauch der Muttersprache“ veröffentlicht. Zudem wurden dieses Positionspapier in unterschiedlichen Gremien wie der Qualitätsmanagementkonferenz (QMK) und der STAKO (Stations- und Abteilungskonferenz) erörtert und allen Beschäftigten der Klinik zugänglich gemacht. In interkulturellen Audits wurde dann die Durchdringung des Papiers geprüft.

Positionspapier „Muttersprachengebrauch von Patientinnen und Patienten“

Situation

Im Bereich der Klinik kommt es unterschiedlich häufig dazu, dass Patientinnen und Patienten in ihrer jeweiligen Muttersprache miteinander sprechen. Dies ist z. B. bei (Raucher-) Pausen der Fall, in den Zeiten zwischen den Therapien in den Aufenthaltsräumen, vereinzelt auch auf den Zimmern. In der Einzel- und Gruppentherapie geschieht muttersprachliche Kommunikation oft gezielt zur Vermittlung therapeutisch relevanter Informationen.

Reaktion

Muttersprachliche Kommunikation löst manchmal Irritationen sowohl bei anderssprachigen Mitpatientinnen und -patienten als auch bei Mitarbeitenden aus. Dabei entsteht das Gefühl, von der Kommunikation ausgeschlossen zu sein, weil man die Sprache nicht versteht. Es löst teilweise Misstrauen aus (wird über mich gesprochen?). In besonderen Bereichen (z. B. in der forensischen Psychiatrie) werden Gründe der Sicherheit gesehen, wenn sich Patienten in ihrer Muttersprache unterhalten. Bei Interventionen kommt es manchmal zu Konflikten zwischen Mitarbeitenden und Patienten. Aber auch unter den Mitarbeitenden gibt es Kontroversen bei der Suche nach Lösungen.

Stellungnahme des QZI

Grundsätzlich

Es gilt das Recht auf Muttersprachengebrauch: Der Stationsalltag stellt für Patientinnen und Patienten einen sozialen Raum dar, in dem Begegnung auf Augenhöhe stattfindet. Dazu gehört es, in einer Sprache zu kommunizieren, die vertraut ist.

Vorschläge zur Regelung

- In persönlichem Kontakt sollte überprüft werden, ob der Einsatz und die Inanspruchnahme einer Sprach- und Integrationsmittlerin bzw. eines Sprach- und Integrationsmittlers (SIM) notwendig ist. Es ist darauf zu achten, dass professionelle Dolmetschende den Mitpatientinnen, Mitpatienten bzw. Angehörigen vorgezogen werden.
- Grundsätzlich ist die Verständigungssprache bei Gruppenveranstaltungen Deutsch. In Ausnahmefällen kann übersetzt werden.
- Sollte ein deutlicher Teil der Gruppe eine bestimmte andere Muttersprache sprechen, kann für diese Muttersprache eine eigene Gruppe mit Dolmetscherdienst angeboten oder dieser auch in der Großgruppe eingesetzt werden.
- Wenn Patientinnen und Patienten fast keine Deutschkenntnisse besitzen, nur ihre eigene Muttersprache sprechen und das Zusammenleben auf einer Station oder in einer Gruppe erschwert wird, ist zu empfehlen, dies in der Gruppe zu thematisieren. Dabei gibt es kein gut oder schlecht, sondern es ist eine Möglichkeit zu einem besseren Verständnis für die Problematik. Dadurch werden Verunsicherungen im Miteinander vermindert.

Fazit

Bei der therapeutischen Behandlung ist die Möglichkeit zum Muttersprachengebrauch notwendig, damit eine professionelle Diagnose möglich wird und therapeutische Maßnahmen in Anspruch genommen werden können. Dies stellt auch die Grundlage einer effektiven psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung dar und trägt zum Aufbau einer vertrauensvollen tragfähigen Behandler-Patient-Beziehung bei.

In der Gruppe der Patientinnen und Patienten stillt die Möglichkeit der Kommunikation in der Muttersprache den natürlichen Kommunikationsbedarf und darüber hinaus fördert sie die soziale Kompetenz. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Muttersprache trägt zum eigenen Wohlbefinden und der erfolgreichen Behandlung bei. Grundsätzlich sollte eher sensibilisiert und informiert statt reglementiert werden.

LVR „SIM-Karte“

LVR-Dezernat
Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen

Psychiatrie - Psychotherapie - Psychosomatik

LVR-Klinikverbundprojekt Migration

Erfolgreiche Gespräche mit Patient*innen mit Migrations- bzw. Fluchthintergrund

Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM):

Vor dem Gespräch:

- ➔ Informieren Sie die SIM über:
 - Inhalt, Ziel und Dauer des Gesprächs.
 - Die Notwendigkeit, bei Verständnisproblemen jederzeit nachzufragen.
 - Die Möglichkeit, sich ggf. Notizen zu Namen, Zahlen oder Details zu machen.
- ➔ Bitten Sie um eine möglichst wortwörtliche und vollständige Übersetzung aller Inhalte, ggf. auch deren kulturspezifische Bedeutung (z. B. Sprachbilder).
- ➔ Regen Sie an, in der Ich-Form zu übersetzen.

Im Gespräch:

- ➔ Stellen Sie sich selbst, aber auch SIM und die Patient*innen einander namentlich vor.
- ➔ Informieren Sie darüber, dass SIM ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen.

LVR-Klinikverbund  **LVR**
Qualität für Menschen

- ➔ Sprechen Sie die Patient*innen direkt in der ersten Person an, nehmen Sie Blickkontakt auf.
- ➔ Klare, deutliche und vollständige Sätze sowie Mimik und Gestik sind hilfreich.
- ➔ Fragen Sie direkt die Patient*innen, wenn gedolmetschte Äußerungen für Sie keinen Sinn ergeben oder nicht zu Ihren Fragen passen.
- ➔ Bitten Sie die Patient*innen, an relevanten Stellen zusammenzufassen, was sie verstanden haben.

Nach dem Gespräch:

- ➔ Erkundigen Sie sich bei den SIM, wie sie den Gesprächsverlauf eingeschätzt haben:
 - Konnten die Patient*innen dem Gespräch folgen?
 - Gab es sprachliche oder soziokulturell bedingte Aspekte, die aufgefallen sind?
- ➔ Bitten Sie die SIM ggf. um eine Rückmeldung zu Ihrer Gesprächsführung.
- ➔ Geben Sie ihnen ebenfalls eine Rückmeldung zu relevanten Gesprächsphasen.

Rückfragen zum Einsatz von SIM:

LVR-KompetenzzentrumMigration@lvr.de

Uwe.Bluecher@lvr.de (LVR-Klinikverbundzentrale)

Informationen zum SIM-Einsatz:

**www.klinikverbund.lvr.de/
kompetenzzentrum-migration**



**LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen**
www.lvr.de

6. Auflage (1500 Stück), 01/2020

Abbildung 7: Die LVR „SIM-Karte“ bietet dem behandelnden Personal einen Leitfaden zum Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlern bzw. -mittlerinnen, um erfolgreiche Gespräche mit nicht deutschsprechenden Patientinnen und Patienten zu führen.

Quelle: LVR-Klinikverbund.

D II *Integration ausländischer Fachkräfte*

In den Pflege- und medizinischen Berufen besteht vielerorts ein Fachkräftemangel. Die Bundesregierung hat mit der Fachkräftestrategie (Die Bundesregierung, 2020) und der Konzierten Aktion Pflege (Konzertierte Aktion Pflege, 2020) die Voraussetzungen für die Zuwanderung und die Integration ausländischer Fachkräfte verbessert. Die Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa) unterstützt beim Gewinnen qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Ausland (Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe, 2021).

Die Krankenhäuser stehen vor der Herausforderung, ihr Rekrutierungs- und Integrationsmanagement und die Diversität der Teams so zu gestalten, dass die neuen Mitarbeitenden gut ankommen, sich schnell einarbeiten und die Teams auch langfristig gut zusammenarbeiten.

Inzwischen liegen viele Konzepte der Integration und Bindung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus dem Ausland vor. So wird ihre Rekrutierung für den pflegerischen und medizinischen Bereich von vielen Kliniken intensiv betrieben und bringt zahlreiche Herausforderungen organisatorischer wie auch kultureller Art mit sich. In vielen Kliniken hat sich aufgrund der Erfahrung der letzten Jahre eine „Willkommenskultur“ entwickelt. Eine gewisse Routine ist in diesen Bereich eingekehrt: Es werden häufig Wohnungen/Zimmer zur Verfügung gestellt und es steht in aller Regel ein Mitarbeiter, eine Mitarbeiterin zur Verfügung, der/die hilft, die organisatorischen Dinge zu regeln, wie Anmeldung bei der Krankenkasse, Sozialversicherung, Zeitkarte von Verkehrsmitteln etc. Manche Häuser bemühen sich, der neuen Pflegekraft auch im

beruflichen Alltag einen Mitarbeitenden zur Seite zu stellen (Praxisanleitende/Paten/Mitarbeitende der Stationsteams etc.) und finanzieren aus eigenen Mitteln einen zusätzlichen Deutschkurs.

Hilfreiche Instrumente stellt z. B. das Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Gesundheits- und Pflegeberufe (DKF) – eine Einrichtung des Kuratoriums der deutschen Altenhilfe (KDA) mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit – zur Verfügung. Im „Werkzeugkoffer Willkommenskultur & Integration – Erklärungen, Informationen und Umsetzungstipps“ werden Erklärungen und praktische Tipps gegeben, wie eine gute Integration von Pflegekräften gelingen kann (Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen, 2021).

Die Fachkräfte kommen mit zum Teil anderen, häufig auch höher qualifizierenden Ausbildungsinhalten und Arbeitserfahrungen an. Hinzu kommen unterschiedliche Vorstellungen und Erfahrungen zur Arbeits- und Rollenverteilung und zu den Kompetenzen und Aufgaben des Fachpersonals. Laut einer Studie der Hans-Böckler-Stiftung erschweren vor allem strukturelle Unterschiede in der Ausbildung und den Arbeitsabläufen, weniger kulturelle Verschiedenheiten, die Integration ausländischer Pflegekräfte:

Viele Pflegefachkräfte aus dem Ausland sind frustriert, weil sie das Gefühl haben, „unter Wert“ arbeiten zu müssen, Pflegefachkräfte aus Spanien, Portugal, Griechenland, Polen haben an Hochschulen studiert und sind es gewohnt, medizinnähe Tätigkeiten und Managementaufgaben zu übernehmen. Betten machen, Waschen etc. übernehmen dort Hilfskräfte. Einheimische Pflegekräfte monieren oft die „Praxisferne“ der ausländischen Kollegen und Kolleginnen (Pflegekräfte aus dem Ausland: Bitte hierbleiben!, 2019).

In einer Befragung von 20 zugewanderten Ärztinnen und Ärzten werden folgende Hürden für eine gute Integration genannt (Klingler, 2019):

- Herausforderungen in Bezug auf zwischenmenschliche Interaktionen, ihrer eigenen Kompetenz sowie Institutionen des Gesundheitssystems
- Misstrauen bei Kollegen und Ärzten bezüglich ihrer fachlichen Kompetenz, damit Erleben von Diskriminierung
- Unzureichende Einarbeitung, Vorbereitung auf die Tätigkeit
- Unzureichende Kenntnis von Sprache, Kultur, organisatorischen Abläufen, Strukturen des Gesundheitssystems
- Unzureichende Kenntnis über die Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege
- Integrationsbarrieren bei der Anerkennung von fachlichen Abschlüssen

Vorschlag zum Absenken bestehender Integrationsbarrieren:

- Interkulturelle Trainings,
- Weiterbildungsmaßnahmen für migriertes Personal,
- Ethikkodizes für Krankenhäuser.

Interkulturelle Zusammenarbeit und interkultureller Austausch am Arbeitsplatz können sehr viele positive Effekte hervorbringen: Erhöhung der Kreativität, Innovation und Flexibilität, wertschätzende Wahrnehmung kultureller Unterschiedlichkeiten, konstruktiver Umgang mit Schwierigkeiten, Verbesserung des Zusammengehörigkeitsgefühls, bessere Leistung und Mitarbeitendenzufriedenheit oder auch leichtere Verständigung mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund.

Das Erreichen positiver Aspekte in interkulturellen Teams gelingt, wenn die Bedingungen stimmen, wenn also Instrumente vorhanden sind, um bestehende Schwierigkeiten (z. B. Sprache) auszugleichen und das gesamte Personal in den Prozess der Integration ausländischer Fachkräfte einzubinden. Integration muss gewollt sein.



Abbildung 8: Krankenpflegeschülerin aus Kenia. Fotografien: Claudia Rehm.

Quelle: Presseabteilung Krankenhaus Barmherzige Brüder München.

Interkulturelle Teams und transkulturelle Kompetenzentwicklung

Das Funktionieren interkultureller Teams hängt von vielen Faktoren ab:

„Wie gut die Integration und die reibungslose Zusammenarbeit mit den deutschen Kolleginnen und Kollegen funktioniert, ist dabei allerdings nicht nur eine Frage der Nationalität, sondern hängt von mehreren Faktoren ab. Dazu gehören unter anderem fachliche und persönliche Kompetenzen, die Sprachkompetenz, die Größe und Zusammensetzung des Teams, die Art der Klinik und Fachrichtung, das Herkunftsland, das Alter und der Zeitraum des bisherigen Aufenthalts der zugewanderten Ärzte. An vielen Krankenhäusern ist Teamarbeit unter anderem aus arbeitsrechtlichen sowie organisatorischen Gesichtspunkten, wie hohe Patientenzahlen bei zum Teil hohem Fachkräftemangel, nur schwer zu leisten“ (Spielberg, 2019).

Eine bewusste und methodische Gestaltung interkultureller Teams trägt zu ihrem positiven Nutzen für alle Beschäftigten und für Patientinnen und Patienten bei. Eine Pflegedienstleitung einer Universitätsklinik hat es einmal so erklärt:

Unsere philippinischen Krankenschwestern erfüllen vielleicht nicht immer unsere Erwartungen hinsichtlich sämtlicher deutscher Arbeitstugenden. Aber wir haben sie zu schätzen gelernt. Wenn viel Stress ist und alle durchdrehen, dann sind sie immer noch in der Lage, ruhig und liebevoll mit den Patienten und Patientinnen umzugehen. Wir haben seit ihrer Mitarbeit viel weniger Beschwerden. Und ihre Art tut übrigens nicht nur den Kranken, sondern uns Mitarbeitern auch gut. (Anonym, 2020)

Im Wesentlichen trägt zu einem guten Funktionieren im interkulturellen Team bei, wenn sich leitende Mitarbeitende ihrer Funktion bewusst werden, enge Kontakte zu den neuen Mitarbeitenden pflegen, ihnen Kollegen und Kolleginnen zur Seite stellen, ein Einarbeitungskonzept und dessen Einhaltung überwachen und Fortschritte loben. Des Weiteren sollten sie im Auge behalten, dass ausländische Mitarbeitende außerhalb ihrer Arbeit sozial integriert sind und nicht vereinsamen.

Um das gegenseitige Verstehen zu fördern, kann es hilfreich sein, einige Minuten in der Teamsitzung zu reservieren, damit ausländische Mitarbeiter Gelegenheit haben, ihr Land bzw. die jeweilige fachliche, medizinische oder pflegerische Tätigkeit vorzustellen. Bewährt hat sich auch ein Sprachcoach, d.h. vor jeder Übergabe ist ein Mitarbeitender behilflich, die erforderlichen Informationen (anfangs schriftlich) zu erstellen und zu üben, damit so die Angst vor Fehlern genommen wird und die Mitarbeitenden es vom ersten Tag an gewohnt sind, deutsch zu sprechen.

Die Sprache stellt das zentrale Problemfeld dar, da sie stark in die anderen beiden Problemfelder hineinspielt. Ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache sind Voraussetzung für die Ausübung des Berufs in Deutschland und wichtig für die sozialen Kontakte, die wiederum die sprachliche und kulturelle Verständigung fördern.

Die Kommunikation und Dokumentation in der deutschen Alltags- und Fachsprache ist für ausländische Fachkräfte in deutschen Gesundheitsberufen besonders zu Beginn ihrer Tätigkeit in Deutschland meist fordernd. Besonders schwierig ist es, wenn Patienten und Patientinnen schwerstpflegebedürftig oder demenziell erkrankt sind. Im schlimmsten Fall kann es aufgrund unzureichender Sprachkenntnisse zu Fehlbehandlungen von Patienten und Patientinnen kommen. Heraus-

fordernd für die ausländischen Beschäftigten im Gesundheitswesen sind zudem deutsche Redewendungen, die oft zu Missverständnissen beim ausländischen Gesundheitspersonal führen. Zu Problemen kommt es außerdem, weil im In- und Ausland unterschiedliche Diagnoseverfahren angewandt werden. Deutschsprachkurse decken zudem meist nicht ab, wie ein Arztbrief korrekt geschrieben wird, und müssen deshalb von Fachsprachkursen ergänzt werden.

Große Kliniken wie die Charité in Berlin betreiben ein differenziertes Integrationsmanagement.

Integrationsmanagement im Pflege- und Funktionsdienst an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Anwerbung und Qualifizierung internationaler Mitarbeitender, Charité Berlin

Mit dem Ziel, qualifiziertes Fachpersonal zu gewinnen, Mitarbeitenden den Einstieg in das Unternehmen zu erleichtern und diese langfristig ans Unternehmen zu binden, rekrutiert das eigens zu diesem Zweck implementierte Integrationsmanagement der Charité internationale Mitarbeitende aus dem Ausland. Es umfasst sowohl zwei übergeordnete, eng mit der Pflegedirektion zusammenarbeitende Integrationsmanager als auch zentrale Integrationsbeauftragte an allen 17 Zentren der Charité. Diese werden in den einzelnen Abteilungen durch dezentrale Integrationsbeauftragte ergänzt, die gleichzeitig als Praxisanleiter und Ansprechpartner vor Ort fungieren.

Durch diese Struktur können auch in großen Institutionen wie der Charité einheitliche Strukturen und Richtlinien kommuniziert und eingehalten werden. Engmaschig

stattfindende Treffen aller Ebenen garantieren einen regelmäßigen Austausch an Informationen und haben einen synergetischen Effekt. Zusätzlich unterstützt ein auf die unterschiedlichen Arbeitsfelder abgestimmtes Fortbildungs- und Schulungsprogramm die Beauftragten und sensibilisiert sie für transkulturelle Kompetenzen.

Bislang erfolgt die Anwerbung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem aus den Ländern Albanien, Mexiko und den Philippinen, auf zwei unterschiedlichen Wegen. In Albanien arbeitet das Haus mithilfe einer Vermittlungsfirma, die Fachpersonal regional anwirbt, sprachlich qualifiziert und die berufliche Anerkennung begleitet.

Seit 2019 werden zudem in Mexiko und auf den Philippinen Mitarbeitende ohne Vermittlungsfirma angeworben. Dabei werden bei regelmäßig stattfindenden Besuchen durch Mitarbeitende der Pflegedirektion Rekrutierungstermine vor Ort durchgeführt, wo auch die erste sprachliche Qualifizierung durch kooperierende Sprachschulen erfolgt.

In Deutschland angekommen, werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen einer am Bildungscampus Berlin durchgeführten Anpassungsqualifizierung befähigt, die berufliche Anerkennung zu erlangen. Diese Qualifizierung ist auf ein halbes Jahr ausgelegt und beinhaltet einen theoretischen und praktischen Teil von jeweils 12 Wochen.

Der theoretische Teil kann blockweise und flexibel in Modulen absolviert werden und schließt mit einer Kenntnisstand- und B2-Sprachniveauprüfung ab, während der praktische Teil auf einer der dafür qualifizierten Willkommensstationen stattfindet.

Die Teams dieser ausgewiesenen Stationen sind speziell dafür geschult und personell ausgestattet, diesen Anerkennungsprozess kompetent und verbindlich zu begleiten.

Die Teilnehmenden und Teams werden zudem eng von den Mitarbeitenden des Integrationsmanagements betreut

und beraten. So wird eine einheitliche Qualität in den für die Arbeit im Klinikalltag wesentlichen Kompetenzen begünstigt und die Mitarbeitenden werden direkt vor Ort auf die Gegebenheiten in der Berufspraxis optimal vorbereitet. Dies entlastet auch die Teams und kann die Bindung der Beschäftigten günstig beeinflussen.



Abbildung 9: Philippinische Krankenpflegekräfte erhalten ihre Anerkennungsurkunde, um als Pflegefachkraft in Deutschland zu arbeiten.

Quelle: Passauer Wolf Bad Griesbach, Bayern.

Kliniken mit einer überschaubaren Größe wählen andere Formen der Betreuung. Auch sie stellen häufig sicher, dass die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab ihrer Ankunft möglichst engmaschig betreut werden. Hier ein Beispiel aus dem Hospital zum Heiligen Geist Frankfurt und dem Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift.

Arbeitsmarktintegration, Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Seit 2016 haben Flüchtlinge die Möglichkeit, im Krankenhaus St. Adolf-Stift Reinbek ein Praktikum zu absolvieren. Die Flüchtlingsbeauftragte des St. Adolf-Stifts hat in Zusammenarbeit mit einem Arbeitskreis ein Programm entwickelt, wodurch es geflüchteten Menschen ermöglicht wird, einen Einblick in verschiedene Krankenhausberufe zu erhalten. Durchgeführt wird das Programm in enger Kooperation mit dem Jobcenter, der Agentur für Arbeit, der AWO Interkulturell und der Stadt Reinbek.

Die Voraussetzungen für die Aufnahme eines Praktikums wurden wie folgt festgelegt:

1. Arbeitserlaubnis,
2. Sprachniveau B1,
3. Kunde des Jobcenter, der Agentur für Arbeit oder einer Sprachschule mit entsprechendem Praktikums-einsatz,
4. Dauer: mindestens 4 Wochen bis maximal 12 Wochen.

Das Vorgehen im Bewerbungsprozess läuft wie folgt ab: Der/die Geflüchtete vereinbart einen Termin. Im Gespräch wird gemeinsam der Bewerbungsbogen ausgefüllt. Nach entsprechender Rückmeldung z. B. durch das Jobcenter gibt es ein abschließendes Gespräch mit dem zuständigen Abteilungsleiter der Praktikumsstelle. Bei gegenseitigem Einverständnis kann das Praktikum starten. Von der Terminvereinbarung bis zum Praktikumsstart wird ein Zeitraum von vier Wochen eingeplant.

Bei Aufnahme des Praktikums und im weiteren Verlauf findet ein regelmäßiger Kontakt mit der Flüchtlingsbeauftragten statt. Des Weiteren werden die Praktikanten durch Mitarbeitende aus der jeweiligen Stations-/Abteilungsleitung begleitet und betreut. Auf diese Weise soll ein regelmäßiger Austausch gefördert und den Geflüchteten genug Zeit und Raum gegeben werden, Fragen zu klären, die sich im Laufe ihres Praktikums ergeben.

Insgesamt wurden in dem Programm im Zeitraum von Juli 2016 bis Februar 2019 65 Praktikanten betreut, von denen 17 übernommen wurden. Damit konnte etwa jeder Vierte im Anschluss an das Praktikum in ein festes Anstellungsverhältnis wechseln. Insbesondere entwickelten einige Teilnehmer nach Abschluss des Programms den Wunsch, eine Ausbildung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege zu absolvieren.

Die Erfahrungen des St. Adolf-Stift Reinbek im Zusammenhang mit dem Programm haben insbesondere gezeigt, dass der Erwerb der notwendigen Sprachkenntnisse im Rahmen einer Qualifizierungsmaßnahme immer an erster Stelle stehen muss, damit die Integration von Geflüchteten in den deutschen Arbeitsmarkt nachhaltig gelingt.

Betreuung ausländischer Mitarbeiter, Hospital zum Heiligen Geist Frankfurt

Wenn Pflegepersonal aus dem Ausland kommt, wird ein/e Klinikkoordinator/in (oder eine Pflegekraft, die deren Sprache spricht) organisiert, welche die Betreffenden von Anfang an begleitet.

Seine/ihre Aufgaben sind:

- Abholung vom Flughafen – bei Bedarf,
- Begleitung in eines der Wohnheime der Klinik, Einweisung und Erklärung der Wohnmöglichkeit, falls von der Vermittlungsfirma keine Wohnung organisiert wurde,
- Begleitung zur Krankenkasse, Unterstützung bei der Anmeldung,
- Begleitung und Unterstützung bei der Anmeldung im Einwohnermeldeamt,
- Begleitung und Unterstützung zur Eröffnung eines Bankkontos,
- Erklärung des öffentlichen Nahverkehrs, notwendiger Verkehrsmittel für den Arbeitsweg, Unterstützung beim Kauf einer Monatskarte,
- Stadtrundfahrt,
- er/sie steht am Anfang immer als Ansprechpartner/in für weitere Fragen zu Verfügung.

Außerdem werden in Zusammenarbeit mit der Krankenpflegeschule und der innerbetrieblichen Fortbildungszentrale für dieses Personal kostenlose Deutschkurse organisiert und es wird bei der Dienstplangestaltung ermöglicht, dass die Kollegen/innen diese auch regelmäßig besuchen können.

Falls sie die Anerkennung für den Beruf brauchen, werden sie auch von der Krankenpflegeschule und der innerbetrieblichen Fortbildungszentrale unterstützt und begleitet und notwendige Prüfungen werden mit dem Regierungspräsidium organisiert.



Integration rumänischer Pflegekräfte, Ev. Stadtmission Karlsruhe

„Es ist ganz wichtig, durch gute Vorbereitung und Begleitung die Rahmenbedingungen für eine bestmögliche Eingewöhnung zu schaffen. Wir unterstützen die Fachkräfte bei Behördengängen und vermitteln ihnen über verschiedene Kooperationspartner der Wohnungswirtschaft Wohnungen. Bis dahin können sie in einer unserer Dienstwohnungen unterkommen. Genauso wichtig ist aber auch eine professionelle Einarbeitung. Eine Herausforderung dabei ist, dass rumänische Pflegekräfte nicht gewohnt sind, nicht nur behandlungspflegerische Tätigkeiten, sondern auch die Grundpflege mit zu übernehmen.

Wir erklären auch, wie die Einarbeitung durch eine deutsche Fachkraft abläuft und dass die ausländischen Fachkräfte zunächst als Hilfskräfte eingesetzt werden, bis sie ausreichende Sprachkenntnisse und genügend Sicherheit in den Pflegetätigkeiten haben. Wir haben außerdem gelernt: Es ist wichtig, die neuen Fachkräfte zu ermutigen, Fragen oder Probleme gleich zu äußern – das sind sie aus Rumänien nicht gewohnt.

Wir raten [...] auch dazu, einen zusätzlichen Sprachkurs in einer von uns empfohlenen Sprachschule zu belegen, auch wenn das erforderliche Level formell schon erreicht ist.

Weil es darüber und über die Arbeitsweisen und unsere Unternehmenskultur Unwissen und Missverständnisse gab, haben wir ein Merkblatt entwickelt, das unseren ausländischen Fachkräften Orientierung gibt – ausnahmsweise, weil sie es gleich zu Beginn erhalten, noch mit rumänischer Übersetzung. Darin informieren wir zum Beispiel über die unterschiedlichen Ansprechpartner – bei persönlichen und beruflichen Fragen ist es die Bereichsleitung, bei Fragen rund um die Wohnungssuche bin ich es, bei Arbeitsvertrag oder arbeitsmedizinischer Untersuchung ist es eine Mitarbeiterin in der Personalabteilung.“ (Roedenbeck-Schäfer, 2018)

Aus dem Ausland zugewanderte Ärztinnen und Ärzte erfahren häufig weniger Unterstützung außerhalb ihrer ärztlichen Tätigkeiten. Der Bedarf an Fortbildung in diesem Bereich ist jedoch groß und sollte mehr Unterstützung erfahren. Das folgende Beispiel der Charité zeigt eine Fortbildungsmöglichkeit für Ärztinnen und Ärzte:

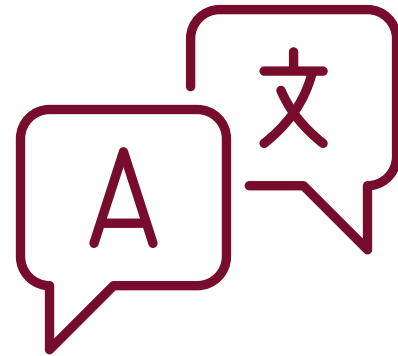
Kommunikationstraining Deutsch für Ärzte und Ärztinnen an der International Academy (ChIA), Charité Berlin

- Gesundheitswesen und Versicherungssysteme in Deutschland
- Hierarchie und Struktur eines deutschen Krankenhauses
- Medizinisches Grundvokabular
- Anamneseerhebung (unter Einsatz von Simulationspatienten)
- Klinische Untersuchung
- Krankengeschichte
- Fallvorstellung
- Arztbriefe
- Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus
- Ärztliche Gesprächsführung
- Simulation der Fachsprachprüfung der Ärztekammer

Ergänzend: sechs zweistündige kursbegleitende Tutorien (praktische Übungen)

<https://academy.charite.de>

Fortbildungen bieten eine gute Möglichkeit zur Unterstützung der zugewanderten Ärzte und Ärztinnen. Welche weiteren Möglichkeiten ein Krankenhaus bei der Integration einsetzen kann, zeigen die folgenden sieben Tipps:





Sieben Tipps zur Verbesserung der Integration ausländischer Ärzte und Ärztinnen (Elfers, 2017):

- **Mitarbeiterbefragungen durchführen:**
Wer seine Mitarbeiter befragt, verschafft sich einen Überblick, an welchen Stellen es hakt[,] und kann gezielt Angebote schaffen.
- **Mehr Integrationshilfen anbieten:**
42 % fühlten sich an ihrem Arbeitsplatz fremd und wiesen die Verantwortung dafür deutlich dem Arbeitgeber zu.
- **Unternehmenskultur und Ziele vermitteln:**
41 % konnten bei ihrem Arbeitgeber keine Werte und Ziele erkennen und sich daher nicht engagieren.
- **Ansprechpartner bei Problemen benennen:**
Jeder fünfte Befragte wusste gar nicht, an wen er sich bei Problemen wenden kann. Die meisten (53 %) wenden sich an ihren Chefarzt. Dass auch Betriebsrat, Personalabteilung oder gar – wenn vorhanden – ein Integrationsbeauftragter Ansprechpartner sind, war den wenigsten bewusst.
- **Diversity- und Sprachtrainings anbieten:**
Wer „typisch deutsche“ Verhaltensweisen nicht kennt, tut sich schwer mit der Integration. Die überwiegende Mehrheit hat noch nie an einem Diversity Training teilgenommen, aber rund 18 Prozent würden es gerne tun. Deutlich mehr (32 Prozent) würden an einem vertiefenden Sprachtraining teilnehmen. Denn die meisten haben nur die für die Berufsankennung notwendigen Zertifikate.
- **Teamentwicklung – deutsche Ärzte vorbereiten:**
Grundsätzlich wurden die deutschen Teamkollegen und Chefs als hilfsbereit und nicht fremdenfeindlich wahrgenommen; manche würden sich gegenüber ihren ausländischen Kollegen aber leicht respektlos bis überlegen zeigen und deren ausländischen Erfahrungshintergrund nicht vollumfänglich ernst nehmen. In Trainings können diese Aspekte interkultureller Teamarbeit thematisiert werden.
- **Führungskräftetrainings anbieten:**
Hier können Punkte wie Desinteresse, Verbesserung der Sprachkompetenz der ausländischen Kollegen, Hilfe bei Ablehnung und mangelnde Empathie thematisiert werden.

Die Bereicherung durch eine gelungene Integration ausländischer Mitarbeitender zeigt das Krankenhaus Barmherzige Brüder. Die Stationsleitung formuliert es wie folgt:

„Für uns war es, das können wir von tiefstem Herzen sagen, ein ungeheurer Gewinn, das muss man ehrlich so sagen, die philippinischen Pflegekräfte angeworben zu haben.“

**Krankenhaus Barmherzige Brüder München,
1141 Mitarbeiter aus über 60 Nationen, arbeiten in allen
Bereichen der Klinik**

Seit 2013 Anwerbung von Pflegekräften aus Portugal, seit 2017 von den Philippinen, mittlerweile gezielte Anwerbung aus beiden Ländern, insgesamt 48 Pflegekräfte (38 Portugal/10 Philippinen).

**M., Pflegekraft Internistische und Krebsstation, und S.,
Pflegekraft Orthopädisch/unfallchirurgische Station:**

M. und seine Lebensgefährtin S. kamen vor dreieinhalb Jahren zusammen mit fünf weiteren Kolleginnen und Kollegen am 1. Juli 2017, sie waren die ersten philippinischen Pflegekräfte, die über das „Triple-Win“-Projekt gewonnen werden konnten. Anfangs wohnten alle zusammen in einem Einfamilienhaus, das für sie angemietet wurde. Sie lebten in einer Wohngemeinschaft, was sie für den Start in der neuen Heimat sehr zu schätzen wussten. Es hat ihnen geholfen, sich in der völlig neuen Umgebung schneller zurecht zu finden. Sie konnten sich in ihrer Sprache unterhalten, sich über die für sie neuen Pflegeanforderungen in Deutschland austauschen und gemeinsam und in Ruhe Deutsch lernen.

Vom Krankenhaus Barmherzige Brüder wurde eine Landsmännin engagiert, die seit vielen Jahren in Deutschland lebt und den neuen Kolleginnen und Kollegen bei Behördengängen etc. geholfen hat. Auf die Frage, was ihnen das Ankommen in München und in der Klinik besonders erleichtert hat, antworteten beide, dass ein eigens für sie eingerichteter begleitender Grundpflege-Kurs in der gemeinsamen Pflegeschule von Krankenhaus Barmherzige Brüder und Klinikum Dritter Orden äußerst hilfreich war. Der Kurs lief über sechs Monate, war einmal im Monat jeweils an einem Samstag und hat hauptsächlich die Pflegestandards in Deutschland vermittelt, die „ganz anders sind als das, was wir auf den Philippinen gelernt haben“. „Das Seminar hat uns auch sehr bei den Vorbereitungen für die Eignungsprüfung geholfen.“ Was beide auch großartig finden, war, dass das Krankenhaus einen eigenen Deutschkurs, dreimal die Woche nach der Arbeit, nur für sie und ihre mitgereisten Kolleginnen und Kollegen organisiert hatte. Sie waren nur zu siebt in dem Kurs und konnten dann auch immer gemeinsam lernen.

Beide sind auf ihren jeweiligen Stationen von den Kolleginnen und Kollegen sehr gut aufgenommen und problemlos integriert worden. M. arbeitet von Anfang an auf einer internistischen Station, S. auf einer orthopädischen Station. Beide lieben ihre Arbeit auf den jeweiligen Stationen. Sie haben viele Freunde unter den Kolleginnen und Kollegen gefunden, die aus Deutschland und allen anderen Ländern kommen. Gemeinsame Unternehmungen wie Wanderungen oder gemeinsames Campen schätzen sie sehr.

Frau R., Stationsleiterin Internistische Station:

„Ich kann jetzt nur über M. sprechen, aber ich habe von meinen Kolleginnen und Kollegen ganz Ähnliches über die anderen philippinischen Pflegekräfte gehört. M. ist angekommen, konnte kaum Deutsch, war anfangs sehr zurückhaltend, aber man hat sofort gemerkt, dass er über ein großes medizinisches Wissen verfügt. Er hat auch die Patienten und Patientinnen von Anfang an gut versorgt, und was mir aufgefallen ist, er hat einfach super gut zugehört und konnte sich vieles sofort merken. Langsam hat er dann angefangen, deutsch zu sprechen, erst mit den Patienten, sodass wir das nicht mitbekommen haben, und erst als er sich sicher fühlte und Sätze perfekt sprechen konnte, hat er auch mit uns mehr gesprochen. Vom medizinischen Wissen her war die Integration einfach super! Von Anfang an! Und obwohl er anfangs noch nicht so gut Deutsch konnte, haben viele Patienten und Patientinnen von ihm geschwärmt und auch die Mitarbeitenden. Das war auch für unser Team sehr schön zu sehen, wie gut er bei den Patienten und Patientinnen ankommt. Durch seine Art ist er für uns schon etwas Besonderes, er hat großes medizinisches Wissen, ist immer nett und freundlich, sehr hilfsbereit, gewissenhaft und wir können ihn uns nicht mehr wegdenken! Auch von den Ärzten bekomme ich sehr positive Rückmeldungen, nicht nur wegen seiner freundlichen Art, sondern weil auch so viel medizinisches Wissen da ist und man einfach merkt, dass er seinen Beruf gerne ausübt und beherrscht, eine unglaubliche Bereicherung.

Aber vieles gilt auch für seine Kolleginnen und Kollegen von den Philippinen hier im Haus, was ich auch von den anderen Stationsleiterinnen und -leitern so erfahre. Sie gehen sehr wertschätzend mit älteren Menschen um, das ist teilweise bei uns in Deutschland nicht mehr so. Wir

konnten immer wieder beobachten, sie helfen gerne und sind für den Menschen da. Man hört kein lautes Wort, das finde ich schon sehr angenehm. Ich denke, dass sie von ihrer Kultur her eher leiser sind und ruhiger.

Also M. und seine Lebensgefährtin sind meines Erachtens beide in München und in unserem Haus wirklich angekommen. Für uns war es, das können wir von tiefstem Herzen sagen, ein ungeheurer Gewinn, das muss man ehrlich so sagen, die philippinischen Pflegekräfte angeworben zu haben. Für die Station, das Krankenhaus und natürlich auch für unsere Patienten.

In einer Untersuchung zur Situation von spanischen Krankenpflegekräften trifft die Autorin aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse Einschätzungen und gibt Empfehlungen, die auf andere Herkunftsgruppen übertragbar sind.

Ihre Integration in Deutschland wird außerdem dadurch verhindert, dass sie nicht gemäß ihren vorherigen Erwartungen aufgenommen werden. Es ist ihnen nicht möglich, außerhalb der Arbeit in Kontakt mit den Deutschen zu treten. Weiterhin gelingt es keiner von ihnen, Freundschaft mit ihren deutschen Arbeitskollegen zu schließen. Dies kann einerseits der von den Interviewten wahrgenommenen strengen Trennung von Arbeit und Freizeit der Deutschen und andererseits der Sprachbarriere geschuldet sein. Ein möglicher Grund ist ebenfalls die von einer Interviewpartnerin verspürte Ablehnung ausländischer Mitarbeiter. [...] Sicher ist, dass eine bessere Vorbereitung der jungen Spanierinnen durch einen bspw. längeren Sprachkurs oder

auch einen zusätzlichen Kurs zur interkulturellen Vorbereitung ihre Anfangszeit in Deutschland erleichtert hätte. Außerdem wäre es von Nutzen gewesen, wenn ihnen ein über spanische Sprachkenntnisse verfügender Berater durch das Krankenhaus in Deutschland zur Verfügung gestanden hätte (Dieng-Weiß, 2019 S. 63).

Eine Möglichkeit für die bessere Integration der Spanierinnen in Deutschland wären vom Arbeitgeber bzw. Arbeitskollegen organisierte gemeinsame Freizeitaktivitäten. Auch die Sensibilisierung der deutschen Mitarbeiter für die Situation der aus dem Ausland angeworbenen Arbeitskräfte mittels Informationsveranstaltungen könnte eine Hilfe darstellen (Dieng-Weiß, 2019 S. 63, 64).



Abbildung 10: Gemeinsame Freizeitaktivitäten unterstützen den Integrationsprozess.

Quelle: Vitos GmbH.

Dass es bei geeigneten Maßnahmen auch gelingen kann, anfängliche Schwierigkeiten aufzufangen, zeigen die folgenden Beispiele. Ebenso, dass bei einem Mangel an Kenntnissen bzgl.

Kulturkompetenz und Kultursensibilität trotz guter Absicht der deutschen Mitarbeitenden einiges schiefgehen kann.



Eine geglückte Einarbeitung durch gegenseitiges Verständnis

In einem stationären Team traten zunehmend Probleme mit einer aus dem Ausland angeworbenen Kollegin auf. Diese verschwieg öfter Wissenslücken, wirkte uneinsichtig und verschlossen und schien nicht an hilfreichen Informationen interessiert zu sein. Das Team war zunehmend unwillig und ungeduldig in der Einarbeitung und in der Zusammenarbeit frustriert.

Bei einem ausführlichen Mitarbeitergespräch zwischen der Stationsleitung, der Integrationsbeauftragten und der Mitarbeiterin stellte sich heraus, dass diese mögliche Fehler und Wissensdefizite als hoch bedroh-

lich empfand und diese deswegen schwer eingestehen konnte. In dem Gespräch wurde ihr das gängige Prinzip der konstruktiven Kritik und des wertschätzenden Umgangs miteinander erläutert.

Schon unmittelbar nach diesem Gespräch wirkte die Mitarbeiterin erleichtert, war aufgeschlossen und kooperativ und konnte sich gut ins Team integrieren. Das Team wurde ergänzend in einer Fortbildung auf kulturelle Unterschiede, auch im Umgang mit Fehlern und Scham, sensibilisiert, um das Verständnis für als fremd empfundenen Verhalten zu vergrößern.



Gelungene Einarbeitung mithilfe des Integrationsmanagements, Charité Berlin

Eine ausländische Pflegekraft wird auf einer Station zunächst erfolgreich eingearbeitet. Nach mehreren Wochen Einarbeitung lässt ihre Motivation scheinbar nach, im Kontakt mit den Kollegen und Kolleginnen wird sie zusehends verschlossen und hält Absprachen unzuverlässig ein. Auch nimmt sie fachliche Hinweise und Hilfestellungen aus Sicht des Teams nicht gut an und wirkt unzugänglich. Ihre Sprachkompetenzen stagnieren und scheinen sich sogar zu verschlechtern. Im Team entsteht darüber zunehmend Unmut.

Im Rahmen des Integrationsmanagements werden im Laufe der Zeit mehrere Gespräche geführt, sowohl mit der Mitarbeiterin als auch, im Sinne von Vermittlung und Mediation, mit der Stationsleitung und der Mitarbeiterin gemeinsam. Die Mitarbeiterin äußert in den Gesprächen, dass sie sich häufig ungerecht behandelt und bevormundet fühlt. Sie hat das Gefühl, kontrolliert zu werden und den Ansprüchen des Teams ohnehin nicht genügen zu können. Zu diesem Zeitpunkt erwägt sie sogar, ggf. in die Heimat zurückzukehren, und gibt sich einer unbefristeten Anstellung am Haus gegenüber gleichgültig.

Da die Situation von beiden Seiten aus recht verfahren wirkt, wird in Absprache mit der Pflegedienstleitung eine neue Lösung gesucht. Die Mitarbeiterin wird auf einer anderen Station eingesetzt. Diese wird von den Integrationsbeauftragten gut vorbereitet und ist informiert über den bisherigen Verlauf der Einarbeitung und die zu bewältigenden Herausforderungen, auch in Bezug auf die zu erwartende/bzw. zu bewältigende Phase des Kulturschocks.

Es zeigt sich, dass der Neustart in einem anderen Umfeld tatsächlich gelingt: Das vorbereitete, neu aufnehmende Team empfindet die schon eingearbeitete Pflegekraft als Bereicherung und fördert diese ohne Vorbehalte. Die Mitarbeiterin fühlt sich jetzt gut unterstützt und ist erleichtert von der unbelasteten Arbeitsatmosphäre und bringt sich schnell auch aktiv ein. Auch ihre Sprachkompetenzen verbessern sich zusehends, sie wirkt gelöst und glücklich.



Pflegekräfte aus Vietnam reichen die Kündigung ein

In einem bayerischen Seniorenheim wurden wegen eines massiven Fachkräftemangels zwei vietnamesische Pflegekräfte eingestellt, die kurz zuvor direkt aus ihrem Heimatland eingereist waren.

In den ersten Tagen kam der Pflegedienstleiter den Stationsgang entlang und sah, dass die beiden Mitarbeiterinnen im Beisein von Personal und Bewohnern versuchten, eine alte Frau in einen Rollstuhl zu setzen, und dabei nicht fachgerecht handelten. Er wies sie vor allen Beteiligten in seiner etwas barschen, aber durchaus freundlich gemeinten bayerischen Art auf ihre Fehler hin. So würde das nicht gehen. Am Abend fand der Pflegedienstleiter beide Mitarbeiterinnen weinend in der Stationsküche vor, was ihn erstaunte. Für ihn war diese starke emotionale Reaktion völlig unverständlich.

Am nächsten Morgen lag die Kündigung der beiden Pflegekräfte bereits der Geschäftsführung vor, die

darüber sehr aufgebracht war, hatte sie doch große Hoffnungen in die neuen Mitarbeiterinnen gesetzt und viel Geld für ihr Kommen bezahlt. Das Ziel, mit ihrer Neueinstellung die bestehende Reduzierung von Bewohnerplätzen aufzuheben und mit den neuen Mitarbeiterinnen wieder eine volle Belegung zu erreichen, war gescheitert.

Der Pflegedienstleiter bedauerte, erst durch eine Fortbildung verstanden zu haben, dass die öffentliche Kritik offensichtlich von den vietnamesischen Frauen als Gesichtsverlust und damit als schwer erträgliche Kritik verstanden wurde und sein Unverständnis über ihre emotionale Betroffenheit die Sache noch schlimmer gemacht hatte.

(Fortbildungsveranstaltung für Leitungspersonen der stationären Altenpflege in Bayern, München 2018)

Diskriminierung und Rassismus

Rassismus und Diskriminierung kommen in allen gesellschaftlichen Bereichen vor und sind deshalb auch für das Gesundheitswesen Realität. Diskriminierungen und Rassismus können dabei in der Interaktion zwischen Fachpersonal, Patientinnen und Patienten sowie in der Zusammenarbeit zwischen Arbeitskollegen und -kolleginnen oder zwischen Angestellten und ihren Vorgesetzten vorkommen (Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitsbereich, 2018).

Zehn von achtzehn befragten Pflegekräften berichteten, Diskriminierung oder Fremdenfeindlichkeit am Arbeitsplatz erlebt zu haben. Diskriminierung am Arbeitsplatz wurde von den Betroffenen vor allem aus der ersten Zeit nach der Ankunft in Österreich berichtet. Fast alle gaben an, dass sie sich gegen die Anfeindungen aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten nicht wehren konnten und diese über sich ergehen ließen (Marschnig, 2010).

„Warum sollen wir uns öffnen für die Sichtweisen und Besonderheiten der ausländischen Kollegen. Die sind jetzt in Deutschland, da sollen sie sich uns anpassen“, das ist eine häufige Bemerkung von Seminarteilnehmenden in Seminaren zur interkulturellen Öffnung und zeigt Angst vor dem Unbekannten, aber auch zuweilen Ablehnung, Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit.

(Anonym)

Rassistische Diskriminierung von Patientinnen und Patienten bedeutet neben dem Angriff auf die Integrität der betroffenen Personen immer auch eine Unter- und Fehlversorgung, die nicht mehr der gesetzten Qualität entspricht und die die Patientenrechte verletzt, wie die folgenden Beispiele von Pa-

tientinnen zeigen (Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitsbereich, 2018).

Beschwerde der Tochter einer griechischen Patientin

Man habe ihre Mutter in der Notaufnahme aufgenommen. Sie habe einen Bandscheibenvorfall erlitten und starke Schmerzen gehabt. Nur bei sehr, sehr großen Schmerzen würde sie sich überhaupt etwas anmerken lassen. Sie habe aber an diesem Tag hörbar vor sich hin gestöhnt. Das habe ein Krankenpfleger mit Augenzwinkern folgendermaßen kommentiert: Ja, ja. Wir kennen das. Griechen. Die schreien immer gleich laut. Morbus mediterraneus. (Wesselmann & Herbst, 2012)

Rassismus in der Arztpraxis:

Unser täglicher Kampf gegen Rassismus

„Ich heiße Adwoa Tima Awuah, ich bin 18 Jahre alt und habe ghanaische Wurzeln. Es ist schwer, von strukturellem Rassismus zu sprechen, ohne die Gefahr, dass die individuellen Erfahrungen als Einzelfall betrachtet werden und die kollektiven Erfahrungen verallgemeinert werden.

Im Gesundheitssystem habe ich die prägendste Erfahrung beim Hautarzt gemacht und ehrlich gesagt ist mir auch nicht in den Sinn gekommen, dass ich dort rassistisch behandelt werden könnte.

„Mit dunkler Haut kenne ich mich nicht aus, tut mir leid“, musste ich mir bei starken Kopfhautschmerzen anhören. „Liegt wahrscheinlich an ihrem Afro“, als würde ich meine Haare nicht seit meiner Geburt tragen.“ (Qamar, 2020)



Abbildung 11: Anlässlich des „Internationalen Tages zur Beseitigung rassistischer Diskriminierung“ der Vereinten Nationen macht die Charité Berlin auf Alltagsrassismus im Krankenhaus aufmerksam.

Quelle: (Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2021).

Das Erkennen und Benennen von Rassismus in der berufsübergreifenden alltäglichen Praxis ermöglicht die Bekämpfung von Rassismus. Damit können eine Sensibilisierung und ein Bewusstsein für rassistische Diskriminierung, für Ausgrenzung und für die Gefahr gesundheitlicher Ungleichbehandlung geschaffen werden (Schouler-Ocak & Graef-Calliess, 2020).

Ein klares Zeichen bei der Bekämpfung von Rassismus visualisiert das Klinikum Wolfenbüttel mit dem Zeigen der Roten Karte gegen Hass, Rassismus und Diskriminierung. Eine öffentlich wirksame Veranstaltung im Kampf gegen Rassismus ist zudem der Internationale Tag gegen Rassismus.



Klinikum zeigt Hass und Rassismus die rote Karte, Städtisches Klinikum Wolfenbüttel

Im Städtischen Klinikum Wolfenbüttel treffen täglich Patienten und Patientinnen, Pflegekräfte und Ärzte, Ärztinnen mit unterschiedlichsten Einwanderungsgeschichten aufeinander. Dabei lernen und profitieren sie voneinander. Toleranz und Weltoffenheit sind gelebte Werte im Klinikum und somit fester Bestandteil des täglichen Miteinanders.

„Wir möchten mit dieser symbolischen Aktion zeigen, dass Hass, Hetze und Gewalt in unserem Klinikum nicht den geringsten Platz haben. Wir sind stolz auf unser multinationales Team und jeden einzelnen Mitarbeiter“, erklärt Axel Burg-

hardt, Geschäftsführer des Klinikums. „897 Menschen aus 20 verschiedenen Ländern arbeiten täglich Hand in Hand für das Wohl der Patienten.“

„Ohne unsere Mitarbeitenden aus anderen Nationen und Kulturen würde vieles in unserer sozialen Arbeit nicht funktionieren“, ist sich Burghardt sicher. Von den ca. 400.000 in Deutschland tätigen Ärzten und Ärztinnen sind etwa 55.000 ausländischer Herkunft. Ähnliche Zahlen gelten für die Pflegeberufe, wo der Anteil ausländischer Fachkräfte ca. elf Prozent beträgt (Städtisches Klinikum Wolfenbüttel, 2020).



Abbildung 12: Die Mitarbeiter des Städtischen Klinikums zeigten Hass und Rassismus die rote Karte.

Quelle: Städtisches Klinikum Wolfenbüttel.

Handlungsempfehlungen für den Umgang und die Bekämpfung von Diskriminierung und Rassismus in der Praxis bieten die folgenden Lösungsansätze:



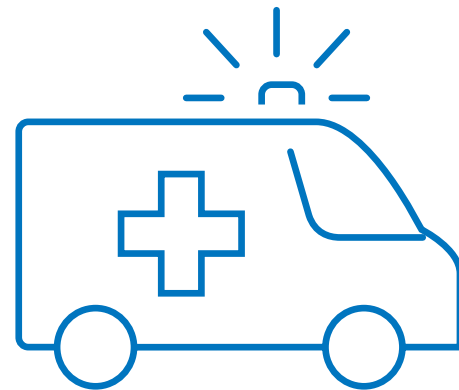
Lösungsansätze: Diskriminierung und Rassismus mit klaren Regeln begegnen (Auszug) (Prauss, Roedenbeck & Schäfer, 2020):

- Um Diskriminierung und Rassismus zu unterbinden, legen Sie klare Regeln zum Umgang mit internationalen Fachkräften fest – und Konsequenzen für eine Missachtung der Regeln. Im Grunde handelt es sich um eine Erweiterung der Unternehmensrichtlinien zu Selbstverständnis, Führungsleitbild, Diversity, Mobbing und anderen verwandten Themen. Werden Sie dabei möglichst konkret und wenden Sie Beispiele an. Mitarbeiter sollten dafür sensibilisiert werden, wo Diskriminierung und Rassismus beginnen.
- Ausländische Mitarbeitende sollten in verständlicher Sprache erklärt bekommen, an wen sie sich wenden können, wenn sie das Gefühl haben, diskriminiert oder rassistisch behandelt zu werden. Aber auch Patienten und Patientinnen oder Bewohnern sollte klargemacht werden, dass es nicht geduldet wird, wenn sie beispielsweise von ausländischen Pflegekräften Zusatzleistungen verlangen, die deutsch sprechende Kollegen ihnen nicht gewähren würden, bloß weil sie als Ausländer nicht so gut widersprechen können oder sich nicht zu widersprechen trauen.
- Innerhalb des Teams sollte am besten so früh wie möglich besprochen werden, dass Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben werden. Versuchen Sie zu erklären, dass die Immigration für die Pflegekräfte sehr herausfordernd ist und sie daher vor allem in der Anfangsphase mehr Unterstützungsbedarf brauchen.
- Während völlig klar ist, dass Diskriminierung und Rassismus in keiner, auch nicht in vermeintlich leichter Form geduldet werden dürfen, besteht aber umgekehrt auch das Risiko, dass Konflikte, die sich im völlig üblichen und vermeidlichen Rahmen bewegen, zu schnell ein entsprechender Stempel aufgedrückt wird.

D III Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Qualität und Nachhaltigkeit von Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern sind entscheidend mit der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbunden. Daher wurden von Kliniken zahlreiche Modelle der Aus-, Fort und Weiterbildung entwickelt, die auf Weiterentwicklung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeitenden fokussieren. 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 an die 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. Einige dieser Aktivitäten werden in diesem Kapitel vorgestellt.

In den beiden nachfolgenden Fallbeispielen wird auf das Krankheitsverständnis von Patientinnen und Patienten auf Grundlage einer Glaubensüberzeugung eingegangen. So leben beispielsweise viele türkeistämmige Menschen trotz langjährigem Aufenthalt in Deutschland weiterhin unter dem Einfluss herkunftsspezifisch geprägter traditionell-islamischer Wertvorstellungen (Gün, 2018). Die Vermittlung von religiösen und magischen Krankheits- und Heilvorstellungen im Rahmen interkultureller Schulung kann Mitarbeiterinnen hinsichtlich solcher Sichtweisen sensibilisieren.





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 Gesamtaufreten 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 Niederlagenheit des Patienten hielt nach wie vor an. Die Dolmetscherin, 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)

Das zweite Fallbeispiel ist auch im religiösen Kontext des Islam verortet. Die Patientin ist von der Existenz eines übersinnlichen Wesens

überzeugt, das mit ihr spricht, dessen Name aber nicht genannt werden darf.



Die drei Buchstaben, LVR-Klinik Köln

Frau A. wird aus einer Rehaklinik in die Psychiatrie verlegt, weil sie Schlafwandlerin sei. Sie habe mehrfach versucht, das Fenster zu öffnen und zu springen.

In der Visite fragt der Oberarzt (OA), ob die Patientin Schlafwandlerin sei. Sie weicht der Frage aus und gibt keine eindeutige Antwort. OA stellt Fragen zur Eruierung psychotischer Inhalte. Die Patientin verneint diese. OA fragt, ob sie z. B. Stimmen hört, die ihr etwas befehlen. Nach kurzer Überlegung sagt sie „nein“. Auf diesbezügliche weitere Fragen hin dreht sie sich zu dem muttersprachigen Psychologen und sagt: „Ich möchte türkisch sprechen. Ich kann nur auf Türkisch über dieses Thema reden. Es gehe um ein Thema, welches man nicht beim Namen nennen dürfe. Auf wiederholte

Nachfragen sagt sie schließlich: „Ich darf nicht darüber reden. Mein Thema hat mit drei Buchstaben zu tun. Ich wollte nur das tun, was die drei Buchstaben mir gesagt haben.“

In weiteren Gesprächen stellt sich heraus, dass die Patientin seit Jahren unter einer paranoiden Psychose leidet und imperative Stimmen hört, die sie auffordern, aus dem Fenster zu springen. Dies habe sie inzwischen mehrfach versucht. Bei den drei Buchstaben handelt es sich um den „CIN“ (Dschinn). Der Islam erkennt zwar die Existenz eines Dschinn an, verbietet aber gleichzeitig jegliche Interaktion bzw. Beschäftigung mit diesem Thema. Es ist für praktizierende Muslime verpönt, das Wort „CIN“ in den Mund zu nehmen.

Um den vielfältigen Bedarf der Mitarbeitenden hinsichtlich des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit Einwanderungsgeschichte zu decken, werden von einigen Kliniken im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung verschiedene Seminare und Maßnahmen angeboten. Das kann, wie das Beispiel der Vitos-Akademie zeigt, ein ganzer Strauß einzelner Angebote, aber auch ein Bündel aufeinander abgestimmter Seminare im Rahmen einer modular aufgebauten Fortbildung sein.

Seminare zur Interkulturellen Kompetenz, Vitos Akademie

Die Vitos Akademie bietet für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Vitos Konzerns, aber auch für interessierte Personen externer Träger und Einrichtungen praxisnahe Fort- und Weiterbildungen für den Bereich Psychiatrie sowie Jugend- und Behindertenhilfe an.

Seit 2011 gehören dazu auch verschiedene Fortbildungen zur Interkulturellen Kompetenz. In jeweils eintägigen Grundlagen- und Vertiefungsseminaren wird für kulturbedingte Einflüsse im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund sensibilisiert und es werden Möglichkeiten einer kultursensiblen Patientenversorgung aufgezeigt.

Vermittelt werden Grundlagen transkultureller Psychiatrie und kultureller Kompetenz. Denn bedingt durch traumatische Erlebnisse, Sprachbarrieren sowie spezifische soziale und wirtschaftliche Probleme wird der Behandlungsalltag für Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft erschwert. Neben der Möglichkeit, die eigene interkulturelle Kompetenz zu erweitern, bieten die Fortbildungsangebote der Vitos Akademie auch einen

Rahmen für Erfahrungsaustausch aller an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung Beteiligten. Es werden praktische Orientierungshilfen gegeben und es wird für die Arbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern sensibilisiert.

Für alle am Dolmetschen interessierten Personen, die neben Deutsch eine weitere Sprache fließend sprechen, bietet die Vitos Akademie eine eintägige Schulung an, in der Ethik und Regeln des Dolmetschens vermittelt werden. Ergänzend dazu hat die Vitos Akademie ein E-Learning-Modul entwickelt, welches 2021 den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung gestellt wird. Das Modul soll als Hilfestellung für die Vorbereitung und Durchführung eines gedolmetschten Gespräches dienen. Zu guter Letzt werden jedes Jahr weitere Fortbildungen angeboten, die im Kontext von Migration auf Zusammenhänge, Dynamiken und therapeutische Ansätze bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern fokussieren.

Das Projekt IPIKA – Interprofessionelles und Interkulturelles Arbeiten in Medizin, Pflege und Sozialdienst, Charité Berlin

Das an der Charité - Universitätsmedizin angesiedelte Fortbildungsprojekt IPIKA baut auf einem Pilotprojekt auf, das 2014 an der Charité in Kooperation mit der Alice Salomon Hochschule entwickelt und umgesetzt wurde. Ab 2016 nannte sich das Projekt „IPIKA“ und wurde von der Robert Bosch Stiftung in zwei jeweils zweijährigen Phasen gefördert.

In der ersten Förderphase wurde ein entsprechendes Curriculum mit fünf zweitägigen Modulen konzipiert,

durchgeführt und evaluiert. Darauf aufbauend wurde die IPIKA-Fortbildungsreihe in der zweiten Förderphase in das reguläre Fortbildungsprogramm der Charité Fortbildungsakademie aufgenommen und somit institutionell verankert. In beiden Phasen setzte sich auch die Zusammenarbeit mit der Alice Salomon Hochschule fort. Die IPIKA-Fortbildungsreihe ist inhaltlich interprofessionell ausgerichtet und wendet sich an Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Sozialdienstmitarbeitende und andere Klinikmitarbeitende, um die berufsgruppenübergreifende Kooperation zu stärken.

Mittlerweile werden sechs zweitägige Module innerhalb eines Jahres angeboten und diese umfassen folgende Themen:

Modul 1: Migration, Flucht und (seelische) Gesundheit

Modul 2: Umgang mit gesellschaftlicher Vielfalt, Rassismus und Diskriminierung im Berufsalltag

Modul 3: Sozio-kulturelle Krankheitskonzepte und Bewältigungsformen

Modul 4: Umgang mit Sprachbarrieren/ Arbeit mit professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern

Modul 5: Interkulturelle Ethik-Kompetenz in der Klinik

Modul 6: Umgang mit Konflikten in inter- und transkulturellen Kontexten

Bei Teilnahme an mindestens fünf von sechs Modulen wird das Zertifikat „Interkulturell kompetent in der Klinik“ verliehen; die Module sind jedoch auch einzeln buchbar.

Ab 2021 wird außerdem an der Alice Salomon Hochschule ein IPIKA-Zertifikatskurs angeboten, der auf weitere Gesundheitsberufe (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit) ausgerichtet ist.

Das IPIKA-Projekt unterstützt darüber hinaus den Aufbau eines Integrationsmanagements im Pflegebereich der Charité mit dem Ziel der Erhöhung interkultureller Kompetenz innerhalb der Pflege und der Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Für alle strukturell beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen werden Fortbildungen und Multiplikatoren-/Multiplikatorinnenkurse in interkultureller Kompetenz durchgeführt.

IPIKA trägt dazu bei, die Qualität und Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung aller Patientinnen und Patienten zu sichern. Gleichzeitig wird das Klinikpersonal in der Entwicklung inter- und transkultureller Kompetenzen unterstützt, was zu einer deutlichen Entlastung auf allen Seiten führt, sowohl auf jener der Patientinnen und Patienten und Angehörigen als auch auf jener der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter und deren Teams.

Mehr Informationen zum Projekt auf <https://ipika.charite.de>

Auch im Rahmen des Projektes refuKey (siehe hierzu auch Kapitel V), das den ambulanten und stationären Sektor der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung verbindet, werden Fortbildungen beispielsweise zum Einsatz von Dolmetschenden oder auch zum Asylrecht angeboten. Da an den Fortbildungen Projektmitarbeitende aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Sektoren teilnehmen, wird gleichzeitig für möglicherweise differierende Herausforderungen sensibilisiert.

Fortbildungsangebote im Rahmen des refuKey-Projektes

Die Zusammenarbeit mit Dolmetschenden stellt für das Personal in Kliniken im Allgemeinen und besonders im Rahmen der Psychotherapie eine große Herausforderung dar. Damit der Einbezug von Sprachmittelnden zu einem festen Bestandteil im Behandlungsalltag wird, werden über das Projekt refuKey, das durch das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Niedersachsen durchgeführt wird (siehe Kapitel IV), Schulungen zur Psychotherapie zu Dritt organisiert. An der Schulung nehmen sowohl die behandelnden Fachkräfte als auch Dolmetscherinnen und Dolmetscher aus der Region, in der das Projekt angesiedelt ist, teil, damit die verschiedenen Blickwinkel beachtet und konkrete Situationen durchgespielt werden können.

Die Ärzte und Ärztinnen und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten zudem ihrem Fachgebiet entsprechende Fortbildungsangebote, etwa zur sprachreduzierten Traumastabilisierung. Die erlernten Techniken kommen größtenteils ohne das Verwenden von Sprache aus und sind deshalb besonders für geflüchtete Patientinnen und Patienten geeignet.

Weitere Fortbildungen, etwa zu interkultureller Kompetenz oder zum Asylrecht, werden entsprechend den Wünschen des Klinikpersonals und entsprechend der Einschätzung der refuKey-Mitarbeitenden durchgeführt. Dabei wird auch das Pflegepersonal als Adressat von Schulungen mitbedacht, da es mitunter die meiste Zeit mit den Patienten und Patientinnen verbringt.

Weitere Informationen unter: www.refukey.org, www.ntfn.de

Ein weiteres Beispiel der berufsgruppen- und sektorübergreifenden Kooperation im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsangeboten stellt die Geschäftsstelle interkulturelle Kompetenzen im Berliner Gesundheitswesen dar.

Geschäftsstelle interkulturelle Kompetenzen im Berliner Gesundheitswesen, Charité Berlin

Auf Initiative der Frauenklinik der Charité wurde zum 1. Oktober 2016 die Geschäftsstelle interkulturelle Kompetenzen im Berliner Gesundheitswesen an der Charité eingerichtet. Die Geschäftsstelle soll den Umgang mit Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen verbessern, indem sie Schwachstellen in der Fort- und Weiterbildung der medizinischen Berufsgruppen identifiziert und zu beseitigen hilft. Zu ihren Aufgaben gehören u.a.:

- Erarbeitung einer Berliner Landkarte von Ausbildungsstätten zur Interkulturellen Kompetenz im Berliner Gesundheitswesen,
- Entwicklung und Einrichtung einer Website zur interkulturellen Kommunikation im Berliner Gesundheitswesen,
- Empfehlung eines Positionspapiers „Qualitätsindikatoren von interkulturellen Kompetenzen in Bezug auf die Fort- und Weiterbildung von Berufsgruppen“,

Hierbei steht der interprofessionelle und interdisziplinäre Dialog im Fokus der Netzwerkarbeit.

Eine Auflistung von Einrichtungen der Fort- und Weiterbildung zu Interkultureller Kompetenz im Berliner Gesundheitswesen sowie die Webseite wurden bereits von

der Geschäftsstelle erstellt (siehe Webseite: <https://interkulturelle-kompetenz.charite.de/>).

Neben Angeboten der Aus-, Fort- und Weiterbildung, die an einen bestimmten Standort oder auch ein bestimmtes Projekt gebunden sind, wurden in den letzten Jahren auch unterschiedliche E-Learning-Formate entwickelt. Ein Beispiel dafür ist die E-Learning-Plattform „Vielfalt Pflegen“ der Berufsfachschule Paulo Freire im Zentrum Überleben.

E-Learning-Plattform „Vielfalt Pflegen“, Zentrum Überleben

Die vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene E-Learning-Plattform „Vielfalt Pflegen“ möchte für die Bedarfe von Menschen mit Migrationsgeschichte sensibilisieren, Vorurteile abbauen und Perspektiven aufzeigen. Die Online-Fortbildung stärkt transkulturelle Kompetenzen im Pflegealltag und trägt dazu bei, kulturelle Unterschiede gezielt und angemessen zu berücksichtigen.

Die von der Berufsfachschule Paulo Freire im Zentrum Überleben entwickelte Plattform ist in 14 thematische Module unterteilt, die jeweils aus vier Arbeitsebenen bestehen. Sie sind identisch aufgebaut und lassen sich in beliebiger Reihenfolge ansehen und bearbeiten.

Thema

Ein zweiminütiger Animationsfilm führt in das Modul ein. Die Filme bieten eine alltagsnahe und praxisorientierte Einführung in das jeweilige Thema.

Theorie

Der jeweilige Text vertieft einen bestimmten Aspekt oder bietet eine erweiterte Einführung in das Thema. Dem Text sind Literaturverweise und Links angefügt, die zur weiterführenden Lektüre einladen.

Praxis

Der vierminütige wissenschaftliche Lehrfilm stellt Beziehungen zwischen einzelnen Aspekten des Themas her, weist auf sensible Bereiche hin und zeigt Möglichkeiten auf, erfolgreich mit ihnen umzugehen.

Test

Abgeschlossen werden die jeweiligen Module mit einem aus vier Fragen bestehenden Test. Er dient als Lernkontrolle und schließt mit einem Zertifikat ab.

Die einzelnen Lernmodule lassen sich an einem Arbeitstag absolvieren, können aber auch nach und nach bearbeitet werden.



Die Plattform ist kostenlos unter vielfalt-pflegen.info zugänglich.

Ein weiteres internetbasiertes Lernangebot stellt das Projekt ZwischenSprachen, angesiedelt am Universitätsklinikum Hamburg (UKE), dar. Im Rahmen des Projektes wurden Videos zum Einsatz von Dolmetschenden erstellt.

ZwischenSprachen, Universitätsklinikum Hamburg

Sprache ist die Voraussetzung dafür, andere zu verstehen und selbst verstanden zu werden. Um Menschen mit Einwanderungsgeschichte, die die deutsche Sprache (noch) nicht ausreichend beherrschen, eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, bildet neben der Sprachförderung die Sprachmittlung eine wesentliche Säule der Integration.

Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Behörden und Bildung sind auf eine qualitativ hochwertige Sprachmittlung angewiesen, um Gespräche zielgerichtet durchführen zu können.

Das Portal www.ZwischenSprachen.de dient insgesamt der Professionalisierung des Dolmetschens im Gemeinwesen in Deutschland. Es besteht aus drei Bereichen:

1. Standards zur bundesweiten Qualifizierung,
2. Maßnahmen zur Qualifizierung,
3. Maßnahmen zur Stärkung der Fachpersonen (Lehrfilme, Fortbildungsmodule).

Im Rahmen des 28-monatigen AMIF-Projekts „Lehrfilme zur Stärkung der kommunikativen Kompetenzen von Nutzern von Sprachmittlern“ wurden frei verfügbare Lehrfilme zur Stärkung der kommunikativen Kompetenzen von Nutzern und von Dolmetschenden entwickelt. Die Produktion der Filme wurde von einer professionellen Filmproduktionsfirma durchgeführt. Als Darsteller fungierten authentische Fachpersonen, Klientinnen und Klienten sowie Dolmetschende.

Das Projekt wurde vom Universitätsklinikum Hamburg (UKE) in enger Zusammenarbeit mit INTERPRET, der schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln, realisiert (Breitsprecher, Mueller & Mösko, 2020).

Weiterführende Informationen: www.zwischensprachen.de

Die Reha-Klinik Passauer Wolf in Niederbayern fördert durch Maßnahmen der Personalentwicklung einen respektvollen und wertschätzenden Umgang der Mitarbeitenden untereinander. Durch Weiterbildungsangebote wird die positive Entwicklung einer diversitätsoffenen Organisationskultur unterstützt.



Abbildung 13: Mitarbeiter im Gespräch.

Quelle: Vitos GmbH.

Interview mit dem Geschäftsführer der Passauer Wolf Bildungszentrum für Gesundheitsberufe gGmbH, Andreas Herzog

Herr Herzog, Sie sind als Geschäftsführer beim Passauer Wolf unter anderem verantwortlich für das Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Mitarbeitenden. Um welche Klinik handelt es sich, wie viele Patienten versorgen Sie, wie viele Mitarbeitende hat das Unternehmen und wie groß ist die Anzahl der Beschäftigten aus dem Ausland?

Der Passauer Wolf ist in Bayern an fünf Standorten als Spezialist für Rehabilitation mit 1.622 Mitarbeitenden tätig und betreut pro Jahr bis zu 14.000 stationäre Patienten. Hinzu kommen zahlreiche ambulante Behandlungen, die meisten davon in Ingolstadt. Zu den Indikationen zählen Neurologie, Geriatrie, Innere Medizin/Kardiologie, Orthopädie/Traumatologie, HNO-Phoniatrie, Urologie, Onkologie, die Behandlung von Schwerbrandverletzten sowie die Prävention. 24 % der Mitarbeitenden des Passauer Wolf sind nicht deutscher Herkunft.

Aus welchen Ländern kommen die ausländischen Mitarbeitenden und welchen Berufsgruppen gehören sie an?

Beim Passauer Wolf sind derzeit Mitarbeitende aus 45 verschiedenen Ländern (inklusive Deutschland) beschäftigt. Mit 45 % Anteil sind die meisten ausländischen Mitarbeitenden in der Pflege zu finden, gefolgt von den Ärzten mit 39 % und danach den Mitarbeitenden der Hoteldienste mit 25 %, gefolgt von den Therapeuten mit 6 % und in der Verwaltung mit 1 % sowie 4 % bei den sonstigen Berufsgruppen.

Sie haben ein umfangreiches Schulungskonzept aufgelegt. Warum? Welche Zielvorstellung verbinden Sie damit? Und wie stellen Sie sicher, dass das Angebot auch angenommen wird?

Damit Teams effektiv, erfolgreich und dauerhaft zueinander arbeiten können, ist es notwendig, dass alle Teammitglieder sich respektvoll und wertschätzend begegnen und Vertrauen zueinander aufbauen können. Dazu ist es notwendig, dass jeder Mitarbeitende die Kultur, die Werte und die Motivation der anderen für ihr Handeln kennt und versteht. Personalentwicklungsmaßnahmen werden stark nachgefragt und angenommen, je höher der Nutzen ist, der daraus für den Arbeitsalltag gezogen werden kann. Bei diesen Angeboten haben wir von Beginn an eine sehr hohe Nachfrage erzeugen können, so dass wir die Anzahl der Termine rasch ausbauen konnten. Informiert haben wir alle Führungskräfte per E-Mail und zusätzlich alle Mitarbeitenden über Flyer, im Intranet und auf unserer Homepage.

Und gibt es nun auch die Möglichkeit für die Mitarbeitenden, im Haus eine Schulung zu besuchen?

Die meisten Personalentwicklungsmaßnahmen finden an unseren Standorten in Bad Gögging und in Bad Griesbach statt. Wir versuchen die Angebote so zu planen, dass die Teilnehmer nach Möglichkeit an dem Standort die Schulung absolvieren können, an dem sie ihren Arbeitsplatz haben, d.h., ohne reisen zu müssen. Im ersten Jahr haben 94 Führungskräfte an der Schulung teilgenommen. Das sind ca. 70 %, was wir als großen Erfolg werten. Entsprechend haben wir das Angebot für alle Mitarbeitenden im Jahr 2020 umfangreicher geplant. Leider konnten aufgrund der Corona-Pandemie bisher nur sechs Angebote im Jahr 2020 umgesetzt werden.

Sie haben noch ein drittes Fortbildungsmodul für die ausländischen Mitarbeiter. Wie das?

Für die ausländischen Mitarbeitenden ist es natürlich auch extrem wichtig, zu erfahren, wie die Deutschen „ticken“, was sie ausmacht, was sie für Werte haben und warum sie so handeln, wie sie handeln, und was ihnen bei der Arbeit wichtig ist. Nur so kann gegenseitiges Verständnis und Vertrauen gebildet werden, nur so schafft man starke Teams.



WILLKOMMEN IN DEUTSCHLAND

Menschen aus anderen Ländern sind bei ihrer Ankunft oft von den vielen Informationen, die auf sie einströmen, überfordert. Häufig dauert es Monate bis notwendige Kenntnisse, wie z.B. über das deutsche Sozialsystem, Arbeitsrecht oder erwünschte Verhaltensweisen am Arbeitsplatz, erlangt werden. Um die Integration der Kolleginnen und Kollegen zu erleichtern, soll dieses Seminar einen Überblick über die wichtigsten Dinge, die man für ein Leben in Deutschland kennen sollte, geben. Damit kann die Integration erleichtert und allen Beteiligten Frust und unnötige Spannungen erspart werden.

Abbildung 14: Ausschnitt aus einem Veranstaltungsflyer der Fortbildungsreihe für ausländische Mitarbeitende der Reha-Klinik Passauer Wolf in Niederbayern.

Quelle: Passauer Wolf Bildungszentrum für Gesundheitsberufe gGmbH.

Wie viele Mitarbeitende haben in wie vielen eintägigen Seminaren an den Fortbildungen teilgenommen? Wie verteilen sich die Mitarbeitenden hinsichtlich der unterschiedlichen Berufsgruppen?

Bisher haben 129 Mitarbeitende an den Maßnahmen teilgenommen. Sie kamen hauptsächlich aus den Bereichen Pflege, Therapie, Medizin, Hotel, Hauswirtschaft, Rezeption, Reservierung, Gästebetreuung und Reha-Assistenz.

Haben Sie vor, das Schulungsprogramm fortzusetzen?

Ja, selbstverständlich. Die bisherigen Teilnehmer haben die Angebote angenommen und bestätigt. Die Mitarbeitenden wünschen sich die Fortsetzung dieser Maßnahmen und die Geschäftsführung unterstützt dies. Die Bewertungen durch die Teilnehmer lassen sich durch folgende Zitate zusammenfassen: „Es war eine kurzweilige, praxisnahe Fortbildung mit zahlreichen Beispielen. Die Veranstaltung war sehr hilfreich im Umgang mit unseren ausländischen Mitarbeitenden und auch sehr informativ über die verschiedenen Kulturen. Achtsamer mit anderen Kulturen umgehen, wurde sehr gut erklärt. Diese Schulung sollte als Pflichtfortbildung für alle Mitarbeitenden sein. Teilnehmer profitieren nicht nur im Arbeitsalltag, sondern auch persönlich.“

Wir sind zuversichtlich, im Laufe des Jahres 2021 dieses Angebot weiter anbieten zu können. In Bad Gögging wird bereits im ersten Quartal 2021 eine weitere Schulung zu diesem Thema stattfinden.

Interview: E. Wesselman

D IV Vermittlung von Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist in Deutschland sozial ungleich verteilt. Besonders im Fokus stehen dabei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, wie eine Studie der Universität Bielefeld zeigt. So liegt der Anteil an inadäquater Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund bei 17,5 Prozent – bei Menschen ohne Migrationshintergrund sind es hingegen nur 9,0 Prozent. Ebenfalls ist der Anteil problematischer Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund mit 53 Prozent deutlich höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund (43,8 Prozent) (Schaefer, Vogt, Berens & Hurrelmann, 2016).

Krankenhäuser beteiligen sich im Rahmen von Programmen der Patientenedukation aktiv an der Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Ein gutes Beispiel dafür ist die an der Medizinischen Hochschule Hannover angesiedelte Patientenuniversität. Neben Informationsveranstaltungen für interessierte Bürgerinnen und Bürger zu medizinischen Themen werden auch Selbstmanagementkurse für chronisch kranke Personen in türkischer Sprache angeboten.



Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben, Medizinische Hochschule Hannover

Die Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben (INSEA) nutzt ein evidenzbasiertes Selbstmanagement-Programm für chronisch erkrankte Menschen, das an der Stanford University (Kalifornien) entwickelt wurde. Seit 2015 bietet INSEA das Programm in ausgewählten Regionen in Deutschland an. In den Kursen des Programms lernen die Teilnehmenden Wege und Methoden kennen, die sie dabei unterstützen, mit den Herausforderungen, die eine Erkrankung verursacht, so gut wie möglich zu leben. Neben Themen wie Ernährung, Bewegung und Entspannung sind Kommunikation mit Gesundheitsfachpersonal, Probleme lösen, Entscheidungen treffen, das Erstellen von Handlungsplänen und der intensive Austausch der Teilnehmenden untereinander zentrale Elemente des Programms. Geleitet werden die Gruppen von ausgebildeten Kursleiterinnen und Kursleitern (immer zwei im Tandem), mindestens eine dieser Personen ist selbst direkt oder indirekt von einer chronischen Erkrankung betroffen und spricht die Sprache der Teilnehmenden (zurzeit Türkisch und Russisch).

Um Teilnehmende mit Zuwanderungsgeschichte für die Kurse zu gewinnen, werden mehrsprachige Kursleitungen eingesetzt und es wird aktiv mit regionalen Partnern der Migrationsarbeit kooperiert. Die direkte Ansprache von Interessierten durch Verantwortliche vor Ort hat sich als zielführend erwiesen, ebenso die Mund-zu-Mund-Propaganda in den kulturellen Netzwerken. Die Informationsmaterialien (z. B. Homepage und Flyer) sind zweisprachig gestaltet (zurzeit Russisch und Türkisch).

Koordiniert wird INSEA in Hannover durch die Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Die Patientenuniversität ist eine im Jahr 2006 gegründete unabhängige Bildungseinrichtung an der MHH. Über die Angebote in der Patientenuniversität sollen das medizinische und gesundheitssystembezogene Grundlagenwissen, das an einer medizinischen Fakultät auf hohem Niveau vorhanden ist, in verständlicher Form vermittelt und so die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erhöht werden. Sie will Wissen der Medizin und über das Gesundheitswesen vermitteln, über körperliche und seelische Abläufe im menschlichen Körper aufklären und Erkrankte und ihre Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung unterstützen.

Weitere Informationen unter: www.insea-aktiv.de und www.patienten-universitaet.de

Ein weiteres Beispiel aus dem Bereich gesundheitliche Selbsthilfe ist die am Städtischen Klinikum München im Rahmen eines Modellprojektes aufgebaute Selbsthilfegruppe für türkischsprachige Typ-2-Diabetiker. 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.

Selbsthilfegruppe für türkischsprachige Diabetiker, Städtisches Klinikum München Schwabing

Am Städtischen Klinikum München Schwabing wurde 2009 ein Konzept für eine türkischsprachige Selbsthilfegruppe für Typ-2-Diabetiker entwickelt. Anders als in Selbsthilfegruppen üblich, wurde eine Gruppenleitung installiert, die durch eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter der Klinik von gleicher kultureller Herkunft übernommen wurde. Ein weiterer Erfolgsfaktor war die regelmäßige Präsenz einer Ärztin, eines Arztes oder anderer Expertinnen und Experten, die zu einem von der Gruppe gewünschten Thema sprachen und im Anschluss alle Fragen der Anwesenden ohne zeitlichen Druck oder Sprachprobleme beantworteten (Übersetzung durch die Gruppenleitung). Die Niedrigschwelligkeit des Angebotes erleichtert 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. Das Angebot hatte mehrere Jahre Bestand, wurde aber mittlerweile eingestellt.

Ein anderes Praxisbeispiel zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten ist mit Interkulturelle Psychoedukation betitelt. Neben der Vermittlung von Kenntnissen über psychische Erkrankungen wird auch Wissen über das Gesundheitssystem und über weitergehende Hilfsangebote vermittelt.

Interkulturelle Psychoedukation

Auf der Grundlage etablierter Manuale für Psychoedukation (Bäumel, Behrendt & Henningsen, 2016) wurde in Dortmund ein migrationsbezogenes, kultursensibles Manual erarbeitet. Das „Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationshintergrund“ (Assion, Ueberberg & Kaaz, 2018) wird derzeit in mehreren deutschen Kliniken (der LWL-Klinik Dortmund sowie den Vitos Kliniken Gießen-Marburg, Kassel und Bamberger Hof in Frankfurt) evaluiert. Mit fünf themenspezifischen Modulen wird das Ziel verfolgt, die Versorgungsqualität für Menschen mit Migrationserfahrung zu verbessern. Dabei steht die Wissensvermittlung über das Gesundheitssystem sowie die Themen Prävention und Rückfallschutz, Integration, soziale Kontakte und bestehende Hilfsangebote im Vordergrund. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Vermittlung von Kenntnissen über psychische Erkrankungen. Den Themen wird ein Modul vorangestellt, das dem Austausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer über eigene Erfahrungen bezüglich des Migrationsprozesses dient und die soziale Integration fördert. Neben Aufklärungs- und Informationsvermittlung sowie Erfahrungsaustausch wird auch die Förderung eigener Stärken und Ressourcen im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe ermöglicht. Die im Manual enthaltenen Arbeitsblätter sind in den Sprachen Deutsch, Arabisch und Türkisch verfügbar und sollen helfen, die Sprachbarrieren zu vermindern.

Im Rahmen der Evaluationsstudie wird den Fragen nachgegangen, ob durch die Teilnahme an der Psychoedukation eine höhere Behandlungszufriedenheit erreicht wird und inwiefern die Teilnehmenden einen Nutzen für ihren Alltag erfahren. Die Psychoedukationsgruppen finden einmal in der Woche über 60 Minuten statt. Der Einsatz

von Dolmetschenden ist möglich. Die Zusammensetzung der Gruppen ist heterogen in Bezug auf das Geschlecht, die Sprache und die Diagnose(n). Pro Teilnehmendem sind bis zu fünf Sitzungen vorgesehen.

Das Studienprojekt ist noch nicht abgeschlossen und derzeit erfolgt der Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Durch die Praxis und die Studienerfahrungen werden Anregungen gesammelt, um eine Optimierung und Differenzierung der Psychoedukation zu erreichen.

Sofern es gelingt, Menschen unterschiedlicher Herkunft zu unterstützen, Kenntnisse, Gleichberechtigung und Zufriedenheit zu fördern, hat das Projekt sein Ziel erreicht. Die Studie fokussiert neben der Evaluation auch auf die Weiterentwicklung der Manual-Inhalte. So wurde bereits zur Verbesserung der Nachhaltigkeit ein ergänzendes Modul 6 durch Vitos angeregt. In Form einer abschließenden Sitzung sollen zukünftig auch die Angehörigen an dem Psychoedukationsangebot beteiligt werden – entweder als separate Einheit oder im Gruppenformat mit allen Teilnehmenden.

D V *Patienten mit eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung*

Mit der Ratifizierung des UN-Sozialpaktes im Jahr 1976 hat Deutschland das Menschenrecht auf Gesundheit anerkannt. Konkret bedeutet das, dass allen Menschen im Krankheitsfall Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglicht werden muss (United Nations, 2008). In welchem Umfang die Behandlung erfolgt, hängt jedoch in der Praxis von Faktoren wie dem Versicherungsschutz oder auch dem Aufenthaltsstatus ab. Zu den Personen mit eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung zählen beispielsweise Menschen im Asylverfahren oder mit einer Duldung innerhalb der ersten 18 Monate nach Registrierung, sog. Papierlose oder auch EU-Bürgerinnen und -Bürger ohne Krankenversicherung.

Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden innerhalb der ersten 18 Monate nach Registrierung des Aufenthalts im Bundesgebiet

Der Anspruch von Asylsuchenden auf Sozialleistungen, die gesundheitliche Versorgung eingeschlossen, wird seit 1993 durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Anspruchsberechtigt sind nach § 1 LAylbLG Asylsuchende, bestimmte Bürgerkriegsflüchtlinge, Personen mit einer Duldung, vollziehbar ausreisepflichtige Personen sowie deren Familienangehörige. Die gesundheitliche Versorgung ist auf die Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen beschränkt. Auch chronische Erkrankungen sind hierbei zu berücksichtigen. Im § 4 AsylbLG wird der Leistungsumfang der gesundheitlichen

Versorgung genauer definiert: „Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.“ Ohne Einschränkung sind medizinische Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, Vorsorgeuntersuchungen sowie Impfungen zu übernehmen. Diese Bestimmung wird ergänzt durch § 6 AsylbLG: „Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten [...] sind.“ Hierfür ist allerdings die vorherige Genehmigung durch die zuständige Behörde einzuholen.

Viele der in den letzten Jahren nach Deutschland geflüchteten Personen leiden unter den Folgen von Flucht, Folter und Vertreibung. Die Aussagen, wie viele Geflüchtete unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, gehen auseinander. Einer Metastudie von Bozorgmehr et al. (2016) zufolge liegt die Prävalenzrate für das Vorliegen einer PTBS bei Geflüchteten in Deutschland zwischen 16 und 55 Prozent. Auch andere psychische Erkrankungen treten bei Geflüchteten gehäuft auf. So wurde im Rahmen einer Studie des wissenschaftlichen Instituts des AOK-Bundesverbandes (Schröder, Zok & Faulbaum, 2018) festgestellt, dass 44,6 Prozent der

befragten Geflüchteten, gemessen an den Kriterien der WHO, Werte aufweisen, die auf eine depressive Erkrankung hindeuten.



Apathisches Verhalten

In einer Erstaufnahmeeinrichtung fällt ein junger Sudanese durch sein apathisches Verhalten auf. Der zuständige Sozialdienst verweist ihn an die Offene Sprechstunde im nächstgelegenen Psychosozialen Zentrum (PSZ), in dem Mitarbeitende des Projekts refuKey (siehe unten) tätig sind. Der Patient kann die Offene Sprechstunde ohne vorherige Anmeldung aufsuchen. Eine Dolmetscherin für Arabisch ist vor Ort und mittelt das Gespräch. Der Patient zeigt sich anfänglich skeptisch und sitzt zunächst mit verschränkten Armen vor der Behandlerin. Mit der Zeit gelingt es ihr, langsam Vertrauen zu dem jungen Mann aufzubauen. Dieser berichtet schließlich von traumatischen Erlebnissen in seinem Heimatland und von psychotischen Schüben in Form von Stimmen, die zu ihm sprechen.

Nach diesem Erstkontakt werden wöchentliche Einzelgespräche mit einem Psychotherapeuten im PSZ vereinbart. Parallel dazu wird ein stationärer Aufenthalt in der Klinik vorbereitet, in der refuKey-Mitarbeitende anteilig arbeiten. Statt einer Notaufnahme, wie es bei

Geflüchteten häufig der Fall ist, erfolgt ein geregelter Übergang in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Die dem jungen Sudanese vertraute refuKey-Mitarbeiterin fungiert weiterhin als Ansprechpartnerin und besucht ihn regelmäßig. Auch bei dem Entlassungsgespräch am Ende seiner stationären Behandlung ist sie anwesend, koordiniert eine ambulante Nachbetreuung im PSZ und ermöglicht dem Patienten die Teilnahme an einer sprachreduzierten Ressourcen-Gruppe. Die gute Vernetzung der refuKey-Mitarbeitenden mit ehrenamtlichen Initiativen und lokalen Einrichtungen der Flüchtlingssozialarbeit ermöglicht dem Patienten die Teilnahme an einem Yoga-Kurs, der ihn bei der Bewältigung von Stresssymptomen unterstützt. In der Zwischenzeit beantragt die refuKey-Mitarbeiterin beim Sozialamt auch die Kostenübernahme für eine langfristige, externe traumazentrierte Psychotherapie sowie die dafür notwendigen Sprachmittlungskosten. Bis der Antrag entschieden wird – und darüber hinaus – kann der Patient weiterhin die Offenen Sprechstunden im PSZ für sich nutzen.

Mit dem wachsenden Bedarf an Unterstützung von psychisch erkrankten Geflüchteten wurden die Strukturen der psychosozialen Versorgung in Deutschland ausgebaut. Projekte wie RefuKey bilden dabei eine Art Brücke zwischen der ambulanten und stationären Versorgung:

Ausbau von regionalen Strukturen zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge in Niedersachsen

Vor dem Start des Projekts bestand keine strukturelle Zusammenarbeit zwischen psychosozialen Angeboten für Geflüchtete und psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken in Niedersachsen. Dies führte auf beiden Seiten zu Problemen und minderte die Versorgungsqualität von geflüchteten Patientinnen und Patienten. Kontakte zwischen den beiden Zugangswegen waren häufig auf einzelne engagierte Mitarbeitende beschränkt bzw. auf wenige Kliniken mit besonderer Expertise in der transkulturellen Behandlung. Gleichzeitig entsprach das psychosoziale Angebot nicht der Nachfrage im bevölkerungsreichen Flächenland Niedersachsen – mit einem Psychosozialen Zentrum in Hannover und äußerst eingeschränkten Beratungsangeboten außerhalb der Landeshauptstadt konnte der Bedarf bei weitem nicht gedeckt werden.

Mit dem Start des refuKey-Projektes im Jahr 2017 begann sich dies zu ändern. Das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN) unternahm in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) einen Pilotversuch in Richtung gestufter bedürfnisorientierter Versorgung durch Verzahnung niederschwelliger psychosozialer und höherschwelliger psy-

chiatrisch-psychotherapeutischer Zugangswege. In diesem Zusammenhang wurden Psychosoziale Zentren in Braunschweig, Göttingen, Lüneburg, Osnabrück und Oldenburg auf- oder ausgebaut, mit Außenstellen in Cuxhaven und zeitweise Bremerhaven. Auf eine Nähe zu den Landesaufnahmebehörden wurde bei der Standortwahl geachtet. Die Zusammenarbeit dieser neu entstandenen Psychosozialen Zentren (PSZ) mit geeigneten psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken wurde vertraglich geregelt, darüber hinaus wurden Mitarbeitende mit Stellenanteilen sowohl im PSZ als auch in der Klinik eingestellt. Es entstanden damit kooperative Kompetenzzentren außerhalb der Landeshauptstadt, die es Geflüchteten ermöglichen, wohnortnah oder in pendelbarer Distanz eine gesundheitliche Versorgung zu erhalten, die ihren Bedürfnissen entspricht.

RefuKey ist ein Pilotprojekt zum Aufbau kooperativer Kompetenzzentren zur Verbesserung der Versorgung traumatisierter Geflüchteter. Es wird vom NTFN e.V. in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) durchgeführt. Ausführliche Informationen über das Projekt finden Sie unter www.refuKey.org sowie unter www.ntfn.de.

Menschen, die ohne legalen asyl- oder ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus, ohne Duldung und ohne behördliche Erfassung in Deutschland leben, werden angelehnt an den aus dem Französischen stammenden Begriff *sans papiers* (ohne Papiere) auch als Papierlose bezeichnet. Schätzungen zufolge leben 180.000 bis 520.000 Papierlose in Deutschland (Vogel, 2016). Die meisten sind unbemerkt eingereist oder haben das Land nach Ablauf eines Touristenvisums bzw. eines Visums zu Ausbildungszwecken oder nach einem endgültig abgelehnten Asylantrag nicht wieder verlassen. Da sie keinen Wohnraum offiziell anmieten und keine regulären Arbeitsverhältnisse eingehen können, leben sie häufig in sehr prekären Lebenssituationen. Treten gesundheitliche Probleme auf, wird der Kontakt zum Gesundheitswesen so lange wie möglich vermieden (Weide et al., 2018).

Menschen ohne Papiere im Krankenhaus

Bei Vorliegen eines medizinischen Notfalls haben Ärztinnen und Ärzte sowie anderes medizinisches Personal die Pflicht, Hilfe zu leisten. Sind wie bei Papierlosen die Kosten der stationären Notfallbehandlung nicht durch den Versicherungsschutz abgedeckt und können auch nicht durch die Person selbst getragen werden, sollen diese gemäß dem sogenannten „Notfallparagraph“ (§ 6a AsylbLG, § 25 SGB XII) von dem Sozialamt übernommen werden, das für das Gebiet, in dem der Hilfebedürftige zuletzt seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte, zuständig ist. Weiterhin stehen personenbezogene Daten der betroffenen Person unter ärztlicher Schweigepflicht, die sich in die Sozialbehörde hinein verlängert (sog. verlängerter Geheimnisschutz nach § 88 AufenthG). Auch machen sich Ärztinnen und Ärzte nicht der Beihilfe zum unerlaubten

Aufenthalt (§ 96 Abs. 1 Nr. 2 AufenthG) strafbar, wenn sich ihre Handlungen auf die Erfüllung ihrer beruflichen Pflichten beschränken. Trotz der genannten Regelungen kommt es in der Praxis immer wieder zu Schwierigkeiten bei der Versorgung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus. So berichtet die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (Offe et al., 2019), dass sich Betroffene nicht ausreichend sicher fühlen, was die Verwendung ihrer personenbezogenen Daten anbetrifft. Darüber hinaus wird aufgrund fehlender Kostenübernahmen eine sofortige Behandlung im medizinisch notwendigen Umfang zum Teil verwehrt.

Weitere Informationen zu dieser Thematik finden Sie in der Broschüre „Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere“ der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. Download: www.gesundheit-gefluechtete.info

Schwangere Frauen zählen zu den besonders vulnerablen Personengruppen. Dies gilt umso mehr, wenn es sich um Frauen ohne geregelten Aufenthaltsstatus handelt. Um schwerwiegende Folgen für sich und das Baby zu vermeiden, brauchen sie vor, während und nach der Geburt Zugang zu medizinischer Versorgung. Unter den 520 Personen, die eine der vier Anlaufstellen der humanitären Hilfsorganisation Ärzte der Welt in Deutschland im Jahr 2019 aufgesucht haben, waren zehn Schwangere ohne geregelten Aufenthaltsstatus. Auch die sogenannten „Medinetze“ betreuen schwangere papierlose Frauen, wie das nachfolgende Beispiel zeigt.

Notfallgeburten bei Frauen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, MediNetz Bielefeld

Die sogenannten MediNetze oder auch Medibüros sind nicht-staatliche Organisationen, die anonym und kostenlos medizinische Hilfe für Zugewanderte oder Geflüchtete ohne legalen Aufenthaltsstatus ins reguläre Gesundheitssystem vermitteln. MediNetze arbeiten unentgeltlich und sind zur Finanzierung von Laboruntersuchungen, Medikamenten oder Stellungnahmen auf Spenden angewiesen.

Das MediNetz Bielefeld ist eine der aktuell 36 Anlaufstellen dieser Art in Deutschland und beim Arbeitskreis (AK) Asyl e.V. angesiedelt. Ratsuchende können sich telefonisch melden und gesundheitliche Probleme ansprechen. Dreieinhalb bis viermal pro Jahr fragen schwangere Frauen nach der Möglichkeit einer kostenlosen stationären Geburt ohne geklärte Kostenübernahme an. In diesen Fällen wird zunächst der ungefähre Geburtstermin bestimmt, um die Dringlichkeit der Anfrage festzustellen. Besteht noch ein Zeitfenster von mehreren Wochen bis zur Geburt, wird geprüft, inwiefern nicht doch ein Anspruch auf eine Kostenübernahmemöglichkeit durch bspw. einen Aufenthaltstitel oder Duldung besteht. Die Engagierten im MediNetz können hier auf die Kooperation mit der Migrations- und Asylberatungsstelle (AK Asyl) oder der Clearingstelle in Bielefeld zurückgreifen.

Besteht keine Möglichkeit für eine Kostenübernahme oder ist das Zeitfenster bis zur Geburt sehr kurz, wird der Bedarf für eine kostenlose Geburt in einer der Bielefelder Kliniken angemeldet. Zwischen einzelnen Häusern und dem MediNetz Bielefeld bestehen diesbezüglich teils schriftliche, teils mündliche Vereinbarungen, dass die Kos-

ten für eine Geburt pro Jahr übernommen werden. Diese Vereinbarung umfasst eine „normale“ Geburt bis hin zur Entbindung per Kaiserschnitt. Beginnt die Geburt, meldet sich die Schwangere in der Klinik und die Geburt wird unter der Zusage durchgeführt, dass die Daten nicht an die Ausländerbehörde weitergegeben werden.

Im Vorfeld der Geburt bemüht sich das MediNetz darum, dass die Frauen auch Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere in Anspruch nehmen können. Ein Mutterpass, der den Schwangerschaftsverlauf dokumentiert, wird seitens der gynäkologischen Praxen in den meisten Fällen ausgestellt. Eine Nachbetreuung der Wöchnerin durch eine Hebamme ist dagegen oft nicht möglich, da die Zeit für Absprachen nicht ausreicht und die Aufnahmekapazitäten der Hebammen äußerst eng sind. Der Kontakt zwischen dem MediNetz und der Mutter endet in der Regel nach der Geburt. Oft besteht über das Kind eine Chance auf Aufenthaltstitel und Krankenversicherung auch für die Mutter.

Ohne die dargestellte umfangreiche und zeitaufwendige Vermittlung seitens des MediNetzes bliebe den Frauen ohne Krankenversicherung der sichere Zugang zu einer Geburt verwehrt.

Weitere Informationen sowie die Kontaktdaten der verschiedenen MediNetze in Deutschland können über die Internetseite <https://medibueros.org> recherchiert werden.

Eine 2019 durch das Statistische Bundesamt im Rahmen des Mikrozensus durchgeführte Erhebung ergab, dass in Deutschland rund 61.000 Personen nicht krankenversichert sind und auch keinen sonstigen Anspruch auf Krankenversorgung haben (Statistisches Bundesamt 2020). Da im Rahmen des Mikrozensus nur in Deutschland gemeldete Personen befragt werden, sind Personen, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten (bspw. Wanderarbeiter und -arbeiterinnen aus EU-Mitgliedsländern) und Papierlose in der Hochrechnung nicht enthalten. In vielen zivilgesellschaftlichen Anlaufstellen für Gesundheitsversorgung nehmen laut der humanitären Hilfsorganisation Ärzte der Welt e.V. mehrheitlich EU-Bürgerinnen und -Bürger das Angebot wahr (Offe 2021).

Migrantinnen und Migranten aus EU-Mitgliedsstaaten

Bürgerinnen und Bürger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU) haben das Recht, sich in jedem anderen Mitgliedstaat aufzuhalten und dort erwerbstätig zu sein. Laut dem aktuellen Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (2020) kamen im Jahr 2019 51,1 % aller zugewanderten Personen aus einem Staat der EU. Das Hauptherkunftsland der Zugewanderten ist Rumänien, gefolgt von Polen und Bulgarien.

Halten sich EU-Bürgerinnen und -Bürger nur vorübergehend in Deutschland auf, sind sie im Krankheitsfall durch die Krankenversicherung des Herkunftslandes abgesichert. Als Beleg dient die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder ein Ersatzdokument, das von der Krankenversicherung im Herkunftsland auszustellen ist. Dann erfolgt eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherung im Falle von medizinisch notwendigen Sachleistungen in Deutschland – (zahn-)ärztliche Behandlung,

Krankenhausbehandlung, Versorgung mit Arzneimitteln (GKV-Spitzenverband DVKA, 2019).

Wollen sich EU-Bürgerinnen oder -Bürger länger als drei Monate in einem anderen Mitgliedstaat der EU aufhalten, müssen sie erwerbstätig sein, eine Arbeit suchen (im Zweifelsfall muss nach sechs Monaten nachgewiesen werden können, dass weiterhin Arbeit gesucht wird und begründete Aussicht besteht, eingestellt zu werden), studieren oder eine Ausbildung absolvieren (Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat, 2020). Sobald EU-Bürgerinnen und -Bürger ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort – den Lebensmittelpunkt – nach Deutschland verlegt haben, müssen sie sich hier auch krankenversichern. Zu den wichtigsten Fragen der Gesundheitsversorgung in Deutschland für EU-Bürgerinnen und -Bürger – z. B. zum Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung – informiert eine sechsteilige Flyer-Reihe der Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer und der Wohlfahrtsverbände in zehn EU-Sprachen. Beraterinnen und Berater können auf eine ausführlichere Broschüre zur Gesundheitsversorgung von EU-Bürgerinnen und -Bürgern zurückgreifen (Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer, 2019).

Für EU-Bürgerinnen und -Bürgern ohne Versicherungsschutz und ohne oder mit nur geringen finanziellen Mitteln, die keinen Zugang zu Sozialleistungen haben, kommen Überbrückungsleistungen in Betracht. Diese sind innerhalb von zwei Jahren für maximal einen Monat vorgesehen (inklusive eingeschränkter Gesundheitsleistungen bei akuten Krankheiten und Schmerzen). Diese Leistungen können in besonders gelagerten Härtefällen über den einen Monat hinaus bewilligt werden.

Flüchtlingsarbeit, Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Im Zuge der starken Zuwanderung von Flüchtlingen im Jahr 2015 zeigte sich, dass schwerkranken Flüchtlingen aufgrund bürokratischer Hürden häufig der schnelle Zugang zur umfänglichen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung verwehrt blieb. Vor diesem Hintergrund hat sich das St. Adolf-Stift Reinbek zum Ziel gesetzt, niederschwellige Versorgungsangebote für Flüchtlinge zu schaffen, die über vom Asylbewerberleistungsgesetz vorgesehene Leistungen hinausgehen und den Betroffenen unmittelbar und unbürokratisch helfen.

Zu diesem Zweck wurde eigens eine Flüchtlingsbeauftragte berufen. Seit 2015 kümmert sie sich offiziell um die Vielfalt anfallender Aufgaben im Zusammenhang mit der Flüchtlingsarbeit des St. Adolf-Stifts. Dazu zählen u.a.:

- Übersetzungen von Broschüren zu Gesundheitsthemen in eine Vielzahl von Sprachen
- Erstellung und regelmäßige Pflege von Dolmetscherlisten inkl. Mitarbeitenden des St. Adolf-Stifts mit entsprechenden Fremdsprachenkenntnissen
- Unterstützung des internen Rechnungsbüros zur Ermittlung von Kostenträgern und Wohnanschriften
- Begleitung von Flüchtlingen auf die jeweiligen Stationen oder Abteilungen im Krankenhaus
- Bei Bedarf Hilfe bei der Facharztsuche oder bei externen Terminabstimmungen mit Ärzten
- Weitere Hilfsangebote wie die Organisation einer Kleiderkammer

Als von zentraler Bedeutung für eine gut funktionierende Flüchtlingsarbeit hat sich vor allem das Netzwerk vor Ort erwiesen – z. B. die enge Zusammenarbeit mit der AWO, die hauptamtlich Flüchtlinge betreut, der Agentur für Arbeit, der ehrenamtlichen Flüchtlingsinitiative in Reinbek und vielen anderen Akteuren aus der Gegend. Für die Sprachschulen sind beispielsweise Power-Point-Präsentationen im Einsatz, die versuchen, das Gesundheitswesen mithilfe von anschaulichem Bildmaterial darzustellen. Das funktioniert der Flüchtlingsbeauftragten zufolge mit ziemlich großem Erfolg, da die Geflüchteten nicht mehr direkt in die Notaufnahme des Krankenhauses kämen, sondern nun auch einen niedergelassenen Arzt aufsuchen würden (Wahrhausen, 2018).

Dass fehlende Vorkenntnisse in der Flüchtlingsarbeit für das erfolgreiche Engagement als Flüchtlingsbeauftragte/r kein Ausschlusskriterium sind, zeigt sich in ermutigender Weise am Beispiel in Reinbek. So erzählt die Flüchtlingsbeauftragte: „Ich selbst bin gelernte Krankenschwester und hatte keine Ahnung von Flüchtlingshilfe, bis diese Arbeit zu mir kam. Inzwischen ist es sogar so, dass mein angeeignetes Wissen um die verschiedenen Kulturen und den Austausch mit Jobcentern und anderen Behörden bei der Bearbeitung für Durchführungen im Umgang mit Arbeitskräften aus dem Ausland gefragt ist. Und es fragen mich andere große Krankenhäuser, wie manche Abläufe sinnvoll praktisch geregelt werden können. Das alles zeigt mir, wie wichtig und sinnvoll die Arbeit ist, und ich möchte auch andere Häuser ermutigen, diesen Weg zu gehen.“ (Wahrhausen, 2018)

D VI Vernetzung / Kooperation / Öffentlichkeitsarbeit

Kliniken sind Teil eines komplexen und hochvernetzten Gesundheitssystems. Im Rahmen ihrer Netzwerkarbeit stehen sie mit anderen Kliniken, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Pflegediensten, aber auch mit nicht-medizinisch ausgerichteten Organisationen in Verbindung. Ziel der Netzwerkarbeit ist unter anderem die Ausrichtung der Angebote auf die Bedarfslagen der Patientinnen und Patienten. Hierzu werden Kontakte zu verschiedenen Patientenorganisationen aus dem Selbsthilfebereich, aber auch zu anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen wie Migrantenselbstorganisationen genutzt. Häufig geschieht das über die Mitarbeit in externen Gremien und Arbeitskreisen, wie das Beispiel der LVR-Klinik Köln zeigt.

Vernetzung mit der LVR-Klinik Köln

Der Integrationsbeauftragte der LVR-Klinik Köln vertritt die Klinik in kommunalen und überregionalen migrationsspezifischen Gremien, Arbeitsgruppen etc. Er ist gut vernetzt auf kommunaler, landes- und der bundesweiten Ebene. Er fördert den Kontakt zwischen der Klinik und den kommunalen Stellen des Versorgungsgebiets, u. a. den Ausländerbeauftragten, Sozialdiensten sowie den kulturellen und gesellschaftlichen Vereinigungen der Menschen mit Migrationshintergrund.



Abbildung 15: Der Integrationsbeauftragte berät Mitarbeitende der LVR-Klinik Köln bei Fragen zur Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.

Quelle: LVR-Klinikverbund, Matthias Jung.

Er macht Umstrukturierungsvorschläge für Vor- und Nachsorgeeinrichtungen bei der Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten und ist Ansprechpartner für komplementäre Dienste bei migrationsspezifischen Fragen. Er vertritt die Menschen mit Migrationshintergrund in der Kommunalen Gesundheitskonferenz, ist Mitglied des Arbeitskreises (AG) 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 AG Migration und Gesundheit im Gesundheitsamt Köln hat er von 1995 bis 2011 den „Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten“ herausgegeben, ist Mentor des „Gesundheitszentrums für Migrantinnen und Migranten“ und wirkt als treibende Kraft in allen Angelegenheiten der Migrantinnen und Migranten in Köln.

68,7 % der Beschäftigten an, das klinkinterne Intranet-Portal des Integrationsbeauftragten regelmäßig in Anspruch zu nehmen.

Es ist anzumerken, dass eine offensive und öffentlichkeitswirksame Strategie bei der Etablierung interkultureller Öffnung und interkultureller Kompetenz von großer Bedeutung ist.

Krankenhäuser agieren als Gesundheitsunternehmen in einem zunehmend marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitswesen. Neben der Qualität der Patientenversorgung steht dabei auch die Attraktivität als Arbeitgeber im Fokus. Denn wer weiterhin erfolgreich am Markt agieren möchte, braucht gut ausgebildete Fachkräfte. Dass sich diese nicht ausschließlich im Inland finden, zeigt Kapitel D II. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit in ausländischen Medien und Jobbörsen gehört für große Kliniken mittlerweile zum Tagesgeschäft.

Um die Diversität eines Krankenhauses und die Vielfältigkeit der Kulturen zu zeigen, hat das DIAKO Bremen eine Serie des Miteinanders in der Mitarbeiterzeitschrift begonnen.

„Lassen Sie uns persönlich werden“ – eine Serie des Miteinanders im DIAKO Bremen

Im DIAKO Bremen arbeiten Menschen aus mehr als 30 Nationen. Das Krankenhaus möchte diese Vielfalt bewusst leben und die positive Wertschätzung ausdrücklich hervorheben. Vor diesem Hintergrund veröffentlicht das DIAKO Bremen seit einiger Zeit „Das Magazin für MitarbeiterInnen“ mit unterschiedlichen Rubriken rund um Themen aus dem Krankenhaus. Das Magazin erscheint

quartalsweise und ist sowohl den Mitarbeitenden als auch der Öffentlichkeit zugänglich.

Gemäß dem Klinikleitbild „Wir setzen uns auf allen Ebenen für von gegenseitiger Achtung geprägtes Miteinander ein“ setzt das Diako Bremen seit 2020 die Idee eines Mitarbeiters um, die kulturelle Vielfalt des DIAKO im Mitarbeitermagazin aufzugreifen. In der neuen Serie „Lassen Sie uns persönlich werden“ stellen Mitarbeitende des Krankenhauses ein Foto aus ihrer ursprünglichen Heimat vor und erläutern, aus welchen Gründen sie gerade dieses Bild ausgewählt haben. Bild und Text werden jeweils um ein kurzes Porträt der Kollegin bzw. des Kollegen ergänzt. Die porträtierten Mitarbeitenden können so die Möglichkeit nutzen, der interessierten Leserschaft und insbesondere ihrem Kollegium einen kleinen Einblick in die Schönheit ihres Heimatlandes zu geben und zu erzählen, auf welchem Wege sie zu ihrer heutigen Tätigkeit im Klinikum in Bremen gelangt sind.

Seit Beginn der neuen Porträt-Serie gab es bereits ein Bild der Stadt Trujillo im Norden Perus, der „heimlichen Kulturhauptstadt des Landes“, die es der Verfasserin, die als examinierte Gesundheitsfachkraft im Diako arbeitet, insbesondere „mit ihren kunterbunten Straßen“ angetan hat. In einer weiteren Ausgabe stellte ein junger Assistenzarzt aus der Chirurgischen Klinik sich und ein Bild aus Jaunde, seiner kamerunischen Heimatstadt, vor, die auch als „Stadt der sieben Hügel“ bekannt sei und für ihn in bezeichnender Weise die „Anpassung der Moderne an das Traditionelle“ Kameruns und der Kameruner repräsentiere.

Viele weitere Porträts und Bilder aus den Heimatländern der DIAKO-Mitarbeiterschaft sollen folgen – „natürlich“, so heißt es im Mitarbeitermagazin, „kommen auch Ostfries-

land oder Bayern in Frage“. Um bei der Serie mitzumachen, brauchen Interessierte nur ihren Namen und ihren Tätigkeitbereich im DIAKO anzugeben sowie ein Foto aus ihrem Heimatland einzusenden mit einer Erläuterung, was sie mit dem Foto verbinden. Auf Wunsch erhalten die Teilnehmenden auch Unterstützung beim Schreiben der Texte.

Sobald mindestens 30 Porträts vorliegen, ist geplant, diese im Großformat in einer klinikeigenen Fotoausstellung zu zeigen, die die kulturelle Vielfalt und die unzähligen vertretenen Nationalitäten im DIAKO-Team zum Ausdruck bringt.

D VII Qualitätsmanagement

Auf Basis von SGB V, §136 legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, dass das Qualitätsmanagement in Krankenhäusern mit seinen Aktivitäten die „anhaltende Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung“ ermöglichen soll (QM-RL, Teil A, §1, Satz 1, veröffentlicht im Bundesanzeiger, BAnz AT 08.12.2020 B2), in Kraft getreten am 9. Dezember 2020). Patientensicherheit und -zufriedenheit sind elementare Bestandteile des Qualitätsmanagements und des klinischen Risikomanagements. Dabei sind die Ziele und die Umsetzung „an die Bedürfnisse der jeweiligen Patientinnen und Patienten, der Einrichtung und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzupassen“ (QM-RL, Teil A, Satz 11). Die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund weisen sprachliche und kulturelle Spezifika auf. Denen gilt es Rechnung zu tragen, um eine hochwertige Behandlung aller Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Qualitätsmanagement-Normen: Spezifische Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten berücksichtigen

In den verschiedenen Qualitätsmanagement-Normen wie der DIN EN ISO 9001:2015, dem KTQ-Katalog für Krankenhäuser oder auch dem EFQM-Modell 2020 wird die Berücksichtigung aller relevanten Anspruchsgruppen bzw. interessierten Parteien gleichermaßen gefordert. Diese müssen zunächst identifiziert werden. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund sind eine dieser interessierten Parteien. Bis heute werden sie in vielen Krankenhäusern nicht als solche erkannt.

Ein Grund dafür liegt in der Tatsache, dass dieses Patienten-klientel nicht erfasst wird. Kaum ein Krankenhaus kann die simple Frage beantworten, wie groß der Anteil an Migranten-patientinnen und -patienten im eigenen Haus ist.

Ohne gesicherte Daten über die Migrantenpatientinnen und -patienten können Zugangsbarrieren und Bedarfslagen jedoch nicht nachgewiesen werden. Die bestehenden Versorgungskonzepte können nicht den speziellen Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten angepasst werden. Über- bzw. Unter- und Fehlversorgung sind die Folge.

Ein internes Datenerhebungsverfahren ist der erste Schritt zur Identifizierung der interessierten Partei der Migrantenpatienten. Die zu erfassenden Daten variieren je nach Art und Schwerpunkt der Einrichtung. Im Krankenhausinformationssystem (KIS) können die Angaben zur Staatsangehörigkeit oder auch der Sprache der Patientinnen und Patienten als Pflichtfelder definiert werden und so für eine kontinuierliche und präzise Auswertung sehr hilfreich sein.

Datenerhebung, LVR-Klinik Köln

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass alleine die Einführung eines validen Datenerhebungsverfahrens eine neue Wahrnehmung der Patientinnen- und Patientenstruktur ermöglicht. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund betrug im Jahr 2008 entsprechend den Zahlen der Basisdokumentation 2,7 %. Da dieser Anteil sich nicht mit den Beobachtungen in den Stationen deckte, wurden die Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund in einer gesonderten Zählung im Rahmen einer Stichtagserhebung erfasst. Das Ergebnis war, dass an jenem Tag 29,6 % der Patientinnen und Patienten der Klinik nach den Kriterien des Mikrozensus einen Migrationshintergrund hatten. 2020 waren es im Jahresdurchschnitt 39,4 %.

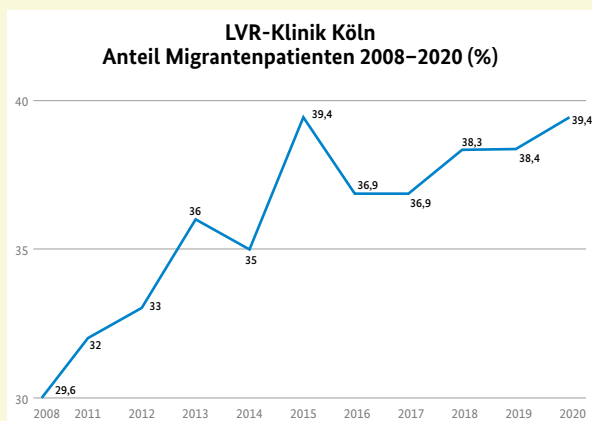


Abbildung 17: Kontinuierliche Datenerhebungen, die migrantensensible Angaben erfassen, ermöglichen es, die Entwicklung des Anteils an Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zu erfassen.

Quelle: LVR-Klinik Köln.

Neben der quartalsmäßig erhobenen Erfassung des Anteils der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund wird regelmäßig eine kontinuierliche Patientenbefragung (unter Berücksichtigung migrantensensibler Angaben) in sieben Sprachen durchgeführt.

Ausgehend von den Ergebnissen dieser Befragung werden im Rahmen des Qualitätszirkels Integration (QZI) Verbesserungspotenziale und mögliche Maßnahmenvorschläge entwickelt und diese dem Klinikvorstand vorgelegt. Des Weiteren wurden im Aufnahmebogen und in der Pflegeanamnese der Klinik 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.

Um genau differenzieren zu können, welche Migrantengruppen in der Psychiatrie häufig vertreten sind, sollte dies schon bei der Aufnahme in das Krankenhausinformationssystem festgehalten werden. Neben Daten wie dem Alter und Geschlecht sollten auch Staatsangehörigkeit, Geburtsland, Geburtsland der Eltern, Muttersprache, Grad der Deutschkenntnisse, Dauer des Aufenthalts in Deutschland, Religion bzw. Konfession erfasst werden. Ein systematisches Datenerhebungsverfahren ist unabdingbar, um Veränderungen festzustellen und die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten zu erfassen (Gün, 2017; Herbig, 2019).

Qualitätszirkel Integration, LVR-Klinik Köln

Ein klinikinterner, multiprofessioneller Arbeitskreis, der „Qualitätszirkel Integration“ (QZI) erarbeitet Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und entwickelt realisierbare Vorschläge für (strukturelle) Veränderungen. Der Qualitätszirkel setzt sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Beschäftigten des Pflegepersonals und Klinikseelsorgerinnen und -seelsorgern aus allen Abteilungen zusammen.

Der QZI arbeitet nach einer vom Klinikvorstand genehmigten Geschäftsordnung und hat einen hohen Stellenwert bei der Umsetzung eines kultursensiblen Ansatzes in der Klinik. Die Protokolle sind im Intranet der Klinik allen Beschäftigten zugänglich.

Krankenhaus der Kulturen: KTQ-„Best-Practice“ LVR-Klinik Köln



Abbildung 18: Verleihung KTQ-„Best-Practice“ an LVR-Klinik Köln 2018 (v. l. Jörg Schürmanns, Dr. Ali Kemal Gün, Dr. Nicola Herbig, Frank Allisat).

Quelle: LVR-Klinik Köln.

Strategische Planung ist erforderlich, um Kultursensibilität in den Prozessen und Strukturen eines Krankenhauses zu etablieren. Die LVR-Klinik Köln hat die Implementierung des kultursensiblen Ansatzes konsequent seit 2006 verfolgt und wurde dafür als „Krankenhaus der Kulturen“ mit der Best-Practice-Auszeichnung der KTQ GmbH 2018 geehrt. Mit KTQ-„Best-Practice“ werden innovative und nachhaltige Projekte KTQ-zertifizierter Einrichtungen im Gesundheitswesen ausgezeichnet. Neben der Ergebnisqualität stellt auch die Nachhaltigkeit ein wesentliches Beurteilungskriterium bei der Preisvergabe dar.

Es gibt etliche Instrumente, um die interkulturelle Öffnung und Kompetenz im Haus zu planen und umzusetzen. Daneben gilt es die eigenen Bemühungen zu kontrollieren und sich stets zu verbessern. Die Themen reichen von interkulturellen Audits über eine siebensprachige Patientenbefragung bis hin zu Deutschkursen für Patienten und Patientinnen. Der Prozess in diesem Krankenhaus kann als Blaupause für andere Einrichtungen dienen.

Die Implementierung der Kultursensibilität lässt sich anhand des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) von Deming darstellen (siehe Abb. 18). Indem das Thema Kultursensibilität im Qualitätsmanagement des Krankenhauses verankert wurde, durchläuft es permanent den PDCA-Zyklus und löst einen ständigen Verbesserungsprozess sowie eine permanente Sensibilisierung in den Köpfen der Verantwortlichen des Krankenhauses aus. Auf diese Weise trägt die Verzahnung der Arbeit des Integrationsbeauftragten mit dem Qualitätsmanagement zum Behandlungserfolg und zu einem positiven Betriebsergebnis bei.

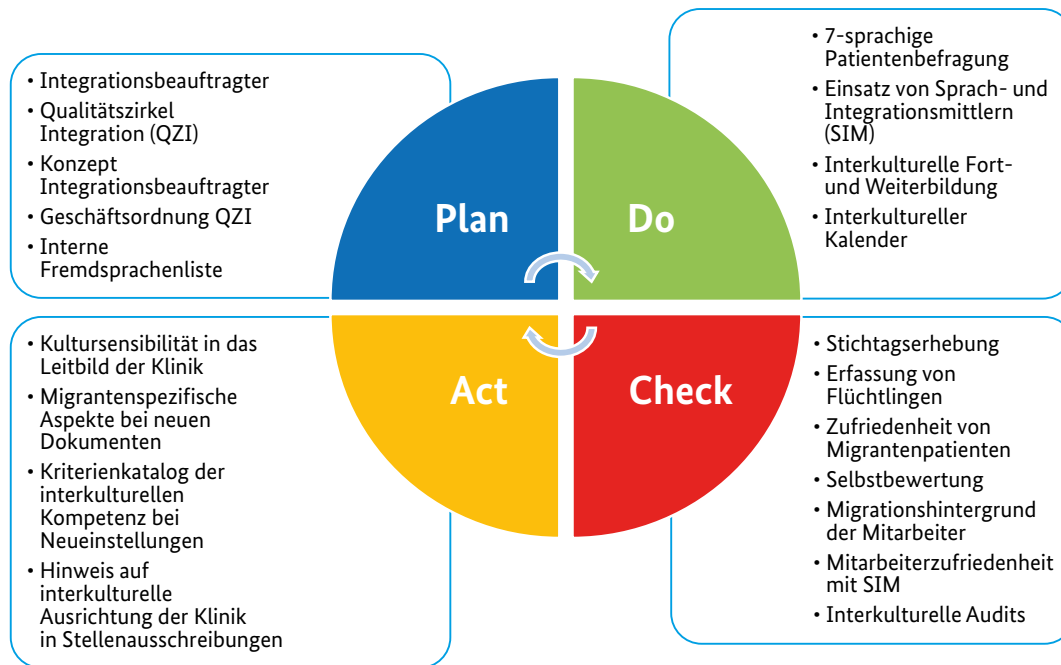


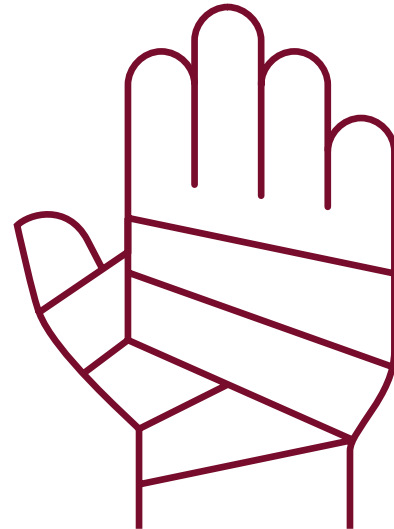
Abbildung 19: Implementierung Kultursensibilität im PDCA-Zyklus in der LVR-Klinik Köln

Fazit

Wenn die Klinikleitungen ihre Institution interkulturell öffnen, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter interkulturell kompetent aus-, fort- und weiterbilden und die interkulturelle Ausrichtung dauerhaft, konkret und messbar verankern, wird dies zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten führen. Gleichzeitig kommen diese Maßnahmen allen Patientinnen und Patienten sowie allen Mitarbeitenden zugute, indem sie die Qualität hinsichtlich der Patientenorientierung generell steigern.

Allerdings benötigt interkulturelle Öffnung mehr als das Engagement einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Bereich. Die Krankenhausleitungen sollten von der Bedeutung interkultureller Öffnung überzeugt sein und deshalb geeignete Verantwortlichkeiten und Strukturen schaffen, um einen nachhaltigen Prozess zu sichern. Personelle Zuständigkeiten (z. B. Integrations-/Migrationsbeauftragte) werden benötigt und auch finanzielle Mittel bspw. für Dolmetscherdienste müssen bereitgestellt werden.

Angeichts der beschriebenen Herausforderungen der interkulturellen Öffnung hat diese Broschüre zum Ziel, das im Gesundheitswesen in Deutschland vorliegende und zum Teil schwer zugängliche Praxiswissen den Akteuren in den Kliniken 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

Aichberger & Schouler-Ocak (2017). Suizid und suizidales Verhalten. In Graef-Calliess & Schouler-Ocak, Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in der Psychiatrie und Psychotherapie (S. 131–136). Stuttgart: Schattauer.

Aichberger, Montesinos, Bromand et al. (2015). Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. *Eur Psychiatry*, 30(4), S. 480–485.

Ärzte der Welt (2018). Verwehrttes Recht auf Gesundheit. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland. Gesundheitsreport.

Assion & Koch (2012). Substance abuse and addiction among divergent ethnic groups. In Barnow & Balkir, Cultural Variation in Psychopathology: From research to practice (S. 206–219). Göttingen: Hogrefe.

Assion, Ueberberg & Kaaz (2018). Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung. Stuttgart: Schattauer Verlag.

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

Barlett, Blais, Tamblyn et al. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable events in acute care settings. *CMAJ*, 178(12), S. 1555–1562.

Bäumli, Behrendt & Henningsen (2016). Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Baykara-Krumme (2012). Die Bedeutung der Migrationserfahrung für die soziale Einbindung im Alter. In Baykara-Krumme, Motel-Klingebiel & Schimany, Viele Wege des Alterns. Wiesbaden: Springer VS.

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

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2019). 12. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Deutschland kann Integration: Potenziale fördern, Integration fördern, Zusammenhalt stärken. Berlin.

Bender, Staudt & Koch (2020). Konzept der interkulturellen Öffnung am Beispiel der Vitos Kliniken. *Hessisches Ärzteblatt* (3), S. 160–161.

Berens, Spallek & Razum (2008). Mighealthnet. Länderbericht Deutschland. http://mighealth.net/de/images/1/19/L%C3%A4nderbericht_MIGHEALTHNET_Deutschland.pdf.

Bischoff & Steinauer (2007). Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? *Literaturanalyse. Pflege*, 20, S. 343–351.

Bogic, Njoku & Priebe (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 15(1), S. 29.

Borutta (2001). Mundgesundheitsversorgungslage und gesellschaftliche Transformation in Ost-Europa als Herausforderungen für Prophylaxe. In Schneller, Salman & Goepel, Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. Bonn: DAJ.

Bourque, Malla & Ven, van der (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological medicine*, 41(5), S. 897–910.

Bozorgmehr, Mohsenpour, Saure et al. (2016). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59, S. 599–620.

Breitsprecher, Mueller & Mösko (2020). Qualitätsstandards und Mindestanforderungen für die Qualifizierung von Dolmetscher*innen für die soziale Arbeit in Deutschland. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf.

Brucks & Wahl (2003). Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarflücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. In Borde & David, Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen (S. 15–33). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Brzoska & Razum (2017). Diversity Management als Strategie zum Umgang mit der Vielfalt von Nutzern und Personal am Beispiel der Rehabilitation. *ZFPg*, 3(2), S. 34–39.

Bundesamt für Migration, Flüchtlinge und Integration (2016). Bundesamt für Migration, Flüchtlinge und Integration. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015.pdf?__blob=publicationFile.

Bundesamt für Migration, Integration und Flüchtlinge (2020). Migrationsbericht.

Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat (2020). Einreise und Aufenthalt von EU-Bürgern (EU-Freizügigkeit). Von <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/migration/aufenthaltsrecht/freizuegigkeit-eu-buerger/freizuegigkeit-eu-buerger-artikel.html> abgerufen.

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

Cantor-Graae & Pedersen (2013). Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration. A Danish population based cohort study. *JAMA Psychiatry*, 70(4), S. 427–435.

Cantor-Graae & Selten (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*, 162, S. 12–24.

Charité – Universitätsmedizin Berlin (2. Februar 2021). Tag gegen Rassismus – am 21. März. Von Diversity-Netzwerk – gelebte Vielfalt an der Charité. https://diversity-netzwerk.charite.de/veranstaltungen/tag_gegen_rassismus/

Collatz (2010). Migration in Deutschland – demographische, gesellschaftlich-soziale sowie psychosoziale Faktoren und Entwicklungen. In Schneller, Salman & Goepel, Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. Bonn: DAJ.

Dapunt, Kluge & Heinz (2017). Risk of psychosis in refugees: a literature review. Translation psychiatry, 7(6), S. e1149.

Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (2021). <https://www.defa-agentur.de>.

Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (2021). Von <https://dkf-kda.de/dkf/> abgerufen

DGPPN (2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin; Heidelberg: Springer.

Die Bundesregierung (2020). <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/fachkraefteeinwanderung>

Dieng-Weiß (2019). Spanische Fachkräfte in der Krankenpflege in Deutschland: Erwartungen und Erfahrungen, Zwickauer Forum Interkulturelle Kommunikation und Sprache Nr. 1. Zwickau.

Elfers (2017). Integration ausländischer Ärzte: 7 Tipps für Personal. HealthRelations.

Engels, Köller & Koopmans (2011). Zweiter Integrationsindikatorenbericht erstellt für die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Köln; Berlin.

Erim (2009). Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

Falkenroth & Wagner (2008). Interkulturelle Öffnungsprozesse im Gesundheitswesen. In Budzinski, Interkulturelle Öffnung in öffentlichen Verwaltungen und Wohlfahrtsverbänden (S. 93–106). Bad Boll.

Fazel, Wheeler & Danesh (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7,000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet, 365(9467), S. 1309–1314.

Flatten, Gast, Hofmann et al. (2013). Posttraumatische Belastungsstörung. S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer.

Flores, Laws, Mayo et al. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics, 11, S. 1495–1497.

Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Deutscher Bundestag – 17. Wahlperiode, Drucksache 17/10488, 15.08.2012; Verabschiedung am 01.02.2013.

Graef-Calliess & Schellhammer (2017). Dialoge zwischen dem Eigenen und dem Fremden – Plädoyer für eine kultur-dynamische interkulturelle Psychotherapie. In Graef-Calliess & Schouler-Ocak, Migration und Transkulturalität – Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Graef-Calliess, Altunöz & Golz (2019). Patienten kultursensibel behandeln, 20, S. 36-45. doi:<https://doi.org/10.1007/s15202-019-2116-9>.

Gün (2009). Interkulturelle Öffnung in den Institutionen der Gesundheitsdienste. In Erim, Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch (S. 118–134). Stuttgart: Kohlhammer.

Gün (2011). Der kultursensible Ansatz und seine Umsetzung als Integrationsbeauftragter in einem psychiatrischen Krankenhaus. In Heise & Golsabahi, Mit Leib und Seele ankommen. Beiträge zum 4. Kongress des DTPPP in Düsseldorf 2010. Das Transkulturelle Psychoforum (Bd. 18). Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Gün (2017). Interkulturelle Öffnung zur Verbesserung der Versorgung von Migranten am Beispiel der LVR-Klinik Köln. In Graef-Callis & Schouler-Ocak, Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Gün (2018). Interkulturelle therapeutische Kompetenz. Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischen Handelns. Stuttgart: Kohlhammer.

Herbig (2019). Implementierung des kultursensiblen Ansatzes im Qualitätsmanagement. Kann ich meinen Patienten verstehen? Health Care Management, 10(7–8), S. 50–51.

Hollander, Dal & Lewis (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. BMJ, 352. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1030>.

Jonas (2007). Demenz und Migration: Vergessen in der zweiten Heimat. ProAlter, 2, S. 6–9.

Kirmayer & Ryder (2016). Culture and psychopathology. Current Opinion in Psychology, 8, S. 143–148.

Klingler (2019). Herausforderungen in der Integration migrierter Ärzte: Die Perspektive der Migranten und des aufnehmenden Systems. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/24145/2/Klingler_Corinna.pdf.

Knischewitzki, Machleidt & Graef-Calliess (2014). Interkulturelle Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems. Nervenheilkunde, 33(6), S. 434–438.

Koch, Küchenhoff & Schouler-Ocak (2018). Ambulante und stationäre Behandlung und „Migrant Friendly Hospital“. In Machleidt, Kluge, Sieberer & Heinz (Hrsg.), Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie (2. Ausg.). München: Elsevier.

Koch & Staudt (2020). Interkulturelle Öffnungsprozesse im Krankenhaus: Aufgaben von Management und Migrationsbeauftragten am Beispiel des Vitos Konzerns. In Schilder & Brandenburg, Transkulturelle Pflege. Grundlagen und Praxis. (S. 140–158). Stuttgart: Kohlhammer.

Koch (2017a). Psychiatrische Versorgung und interkulturelle Öffnung. In Graef-Calliess & Schouler-Ocak (Hrsg.), Migration und Transkulturalität (S. 85–96). Stuttgart: Schattauer.

Koch (2017b). Dolmetscher in der Psychiatrie. In Graef-Calliess & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), Migration und Transkulturalität (S. 219–230). Stuttgart: Schattauer.

Koch, Staudt & Gary (2015). Medizinische Versorgung von Migranten: Interkulturelle Öffnung. *f&w* (10), S. 808–813.

Kolleck, Korporal & Zink. (1979). Totgeburtlichkeit und Säuglingssterblichkeit ausländischer Kinder in West-Berlin. *Gynäkologe*, 12:181–190.

Konzertierte Aktion Pflege (2020). Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/kap-umsetzungsbericht.html>.

Kornischka, Assion, Ziegenbein et al. (2008). Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Erkrankungen bei Spätaussiedlern. *Psychiatr Prax*, 35, S. 60–66.

Kurth & Razum (2019). Editorial: Gesundheitsmonitoring muss die Vielfalt der Bevölkerung berücksichtigen. *Journal of Health Monitoring*, 4(3), S. 3–6.

Laban, Gernaat, Komproe et al (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis*, 192, S. 843–852.

Laban, Gernaat, Komproe et al. (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(10), S. 837–844.

Laban, Komproe & De Jong (2008). Impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, S. 507–515.

Lindert, Brähler & Wittig (2008). Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 58, S. 109–122.

Marschnig (2010). Migrationserfahrungen von philippinischen Pflegekräften in Vorarlberg und Wien. Diplomarbeit, Universität Wien.

Müller, Zink & Koch (2017). The negative impact of an uncertain residence status: analysis of migration-related stressors in outpatients with Turkish migration background and psychiatric disorders in Germany over a ten-year period (2005–2014). *J Immigr Minor Health*, 20(2), S. 317–326.

Offe (7. Januar 2021). Schriftliche Stellungnahme von Dr. Johanna Offe, Ärzte der Welt, anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13. Januar 2021, Berlin. https://www.bundestag.de/resource/blob/816306/4b6f8e5608bd56520e8f498d1bb25bc0/19_14_0265-3-_Aerzte-der-Welt_Gesundversorgung-data.pdf.

Offe, Ochs, Dieterich et al. (2019). Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere. Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit/Illegalität.

Özsahin (2001). Zum Stand der Mundgesundheits- und der zahnmedizinischen Versorgung in der Türkei. In Schneller, Sal- man & Goepel, *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa*. Bonn: DAJ.

Pflegekräfte aus dem Ausland: Bitte hierbleiben! (2019).

7. Gesundheitspflegekongress. Hamburg: Springer.

Prauss, Roedenbeck & Schäfer (2020). Betriebliche, kulturelle und soziale Integration ausländischer Pflegekräfte. Regensburg: Walhalla Fachverlag.

Priebe, Giacco & El-Nagib (2016). Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European region. WHO Health Evidence Network Synthesis Report 47.

Qamar (2020). Black Lives Matter – Rassismus im Gesundheitswesen. Thieme via medici. <https://m.thieme.de/viamedici/medi-mashup-einblicke-30991/a/black-lives-matter-rassismus-im-gesundheitswesen-36436.htm>.

(2018). Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitsbereich. Schweizerisches Rotes Kreuz. Bern.

Raven & Huismann (2000). Zur Situation ausländischer Demenzkranker und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland, Pflege, 13(3), S. 187–96.

Razum & Wenner (2016). Social and Health Epidemiology of Immigrants in Germany: Past, Present and Future. Public Health Reviews, 37(4). S. 1-17 gemäß online verfügbarer PDF siehe <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40985-016-0019-2.pdf>.

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

Richter, Lehfeld & Niklewski (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. Gesundheitswesen, 77(11), S. 834–838.

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

Robert Koch-Institut (2017). Migration und Impfen. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Migration/impfen_migration_node.html.

Roedenbeck-Schäfer (2018). Pflegekräfte aus Rumänien: „Probleme sofort ansprechen“. <https://recruiting2go.de/internationales-recruiting-auslaendische-fachkraefte/fachkraefte-aus-rumaenien-bei-der-ev-stadtmission-karlsruhe-es-ist-wichtig-probleme-sofort-anzusprechen>.

Rommel, Saß, Born et al. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, 58, S. 543–552.

Schaeffer, Vogt, Berens et al. (2016). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf.

Schouler-Ocak & Graef-Calliess (2020). Positionspapier. DGPPN.

Schröder, Zok & Faulbaum. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Aghanistan. *WIdOmonitor*, 15(1), S. 1–20.

Spickhoff (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, S. 59–77.

Spielberg (2019). Interkulturelle Diversität in Ärzteteams: Den Blickwinkel ändern. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(39), S. A-1734 / B-1430 / C-1402.

Städtisches Klinikum Wolfenbüttel (2020). Wolfenbüttel. <https://www.wolfenbuettel.de/B%C3%BCrgerservice/Presse-und-%C3%96ffentlichkeitsarbeit/Klinikum-zeigt-Hass-und-Rassismus-die-rote-Karte.php?object=tx,2672.5.1&ModID=7&FID=2672.15200.1&NavID=2672.134&La=1>.

Statistisches Bundesamt (2019). Mikrozensus – Bevölkerung mit Migrationshintergrund. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/_publikationen-innen-migrationshintergrund.html.

Statistisches Bundesamt (2015). https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00056946.

Statistisches Bundesamt (2020). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html.

Steel, Chey & Silove (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), S. 537–549.

Trilesnik, Altunoz, Wesolowski et al. (2019). Implementing a Need-Adapted Stepped-Care Model for Mental Health of Refugees: Preliminary Data of the State-Funded Project “RefuKey”. *Psychiatry*, 10, S. 688.

United Nations (2008). <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.

Vogel (2016). Umfang und Entwicklung der Zahl der Papierlosen in Deutschland. Kurzdossier, Universität Bremen.

Wahrhausen (29. Juni 2018). In der Tradition der Heiligen Elisabeth (A. Schmincke, Interviewer). <https://www.menschlichkeit-verbindet.de/menschlichkeit-verbindet/in-der-tradition-der-heiligen-elisabeth/>.

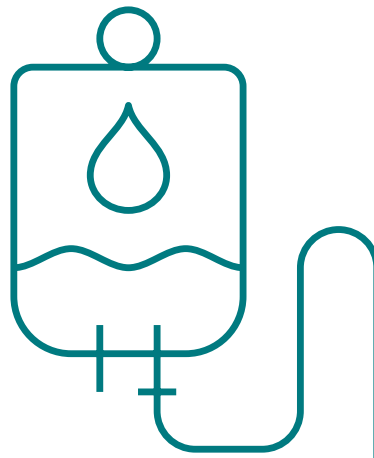
Weide, Güvenc, Manasieva et al. (2018). Krank und ohne Papiere. Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit/Illegalität.

Wesselman (2009). Sprachmittlung im Krankenhaus durch den hausinternen Dolmetschdienst. In Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation des Expertenworkshops am 5. Mai 2009 im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (S. 122-130). Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Projektgruppe Soziale Sicherheit und Migration.

Wesselman & Bodo (2011). Diabetes mellitus in der stationären Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. Diabetes aktuell, 9(8), S. 363–368.

Wesselman, Lindemeyer & Lorenz (2004). Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der hausinterne Dolmetscherdienst. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Wesselmann & Herbst (2012). Migration und Gesundheit: Warum beschäftigt sich der Deutsche Ethikrat mit diesem Thema? Berlin: 12. KTQ-Forum 19./20.10.2012.



Anhang

In der ersten Auflage der Broschüre war im Anhang das Papier des Bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit vom Juli 2009 veröffentlicht worden. Es hatte den Titel: „Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus benötigt eine(n) Migrations-/Migranten-/oder Integrationsbeauftragte(n).“

Seitdem sind zwölf Jahre vergangen und es hat sich – wie diese Neuauflage der Broschüre „Das kultursensible Krankenhaus“ zeigt – viel getan, was die interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern betrifft. Wir möchten daher beispielhaft ein Aufgaben- und Anforderungsprofil für Migrationsbeauftragte vorstellen, das im Vitos Konzern in Hessen für alle Kliniken verbindlich ist und nach grundlegender Überarbeitung der früheren Fassung seit 2020 Gültigkeit besitzt. Dies sieht u.a. eine Freistellung von mindestens 10 % einer Vollzeitstelle vor, um eine rein ehrenamtliche Funktion der Migrationsbeauftragten zu vermeiden. Die Inhalte sind z.T. auf die Bedürfnisse psychiatrischer Versorgung zugeschnitten, bieten aber Anregung für alle Institutionen, die sich mit der Einrichtung einer Funktion von Migrations- oder Integrationsbeauftragten beschäftigen.

Aufgabenprofil für die Migrationsbeauftragten, Vitos Gesellschaften, Juli 2020.

1. Benennung von Migrationsbeauftragten

Die Kliniken benennen mindestens¹ eine/einen Migrationsbeauftragte/n für die Belange von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und deren Integration in die klinischen Abläufe. Die Migrationsbeauftragten sind in dieser

Eigenschaft unmittelbar der Geschäftsführung unterstellt. Eine Vertretungsregelung bei Fehlzeiten ist (wenn möglich direkt über den Migrationsbeauftragten auf kollegialer Ebene in Absprache mit der jeweiligen Betriebsstättenleitung) festzulegen.

2. Aufgaben der Migrationsbeauftragten

Die Migrationsbeauftragten sind Ansprechpartner für Patienten/-innen, Klienten/-innen und Bewohner/-innen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige so-wie für Vitos Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Ihre Tätigkeit ist eng mit der Geschäftsführung/Betriebsstättenleitung abzustimmen.

Die Durchführung einer nachhaltigen, kultursensiblen Öffnung des Unternehmens umfasst u.a. folgende Aufgabengebiete:

- a. Weiterentwicklung des bestehenden (Konzern-)Konzeptes zur interkulturellen Öffnung der Vitos Einrichtungen auf Tochterebene
- b. Ermittlung des Bedarfs an fremdsprachigen Materialien (Informationsmaterialien für Patienten/innen und Angehörige, diagnostische und therapeutische Materialien)
- c. Organisation und Weiterentwicklung der hausinternen Dolmetscherdienste (Pflege der hausinternen Dolmetscherlisten, Ansprache neuer Mitarbeiter), des Videodolmetschens und des Einsatzes externer Dolmetscher (Unterstützung bei der Anbahnung von Kooperationsverträgen mit externen Dolmetscherbüros und Gemeindedolmetscherdiensten)
- d. Pflege der Rubrik „Migration“ im Vitos Net: Bereitstellung von Informationen und Arbeitsmaterialien für Mitarbeiter/-innen

¹ Für Vitos Gesellschaften mit mehreren Hauptstandorten ist ggf. der Einsatz eines Migrationsbeauftragten pro Hauptstandort oder eine Erhöhung des Stundendeputats zu prüfen.

- e. In Abstimmung u.a. mit den Bereichen Qualitätsmanagement, Patientenmanagement sowie den Personalabteilungen: Vorschlag und Koordination von Maßnahmen
 - zur Verbesserung der Versorgung und Behandlungszufriedenheit von Migrantinnen und Migranten (im Sinne der Weiterentwicklung bedarfsgerechter Angebote)
 - Beispiel: Angebot von interkultureller Psychoedukation in verschiedenen Sprachen zur Verbesserung der klinischen Handlungsfähigkeit und Zufriedenheit von Mitarbeitern (im Sinne der kontinuierlichen Vereinfachung und Verbesserung von Behandlungsprozessen)
 - Mitgestaltung von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen zum Thema interkulturelle Öffnung
- f. Unterstützung bei der Gestaltung von Fort- und Weiterbildungen (innerbetriebliche Fortbildungen, Informationsveranstaltungen für neue Mitarbeiter etc.) zu transkulturellen Themen
- g. Bei Bedarf: Unterstützung des fallverantwortlichen Behandlers im Rahmen der Mediation von Konflikten – z. B. über die Anbahnung eines entsprechenden (Dolmetscher-) Gesprächs oder im Rahmen von teaminternen Fallbesprechungen.
- h. Öffentlichkeitsarbeit (Unterstützung bei öffentlichen Veranstaltungen, Unterstützung der Unternehmenskommunikation bei der Pressearbeit z.B. auch für Vitos BLOG-Beiträge sowie Beratung bei der Zusammenstellung von Patienten-Informationen, Flyern etc. für Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund)
- i. Vertretung der Klinik in kommunalen Gremien und Arbeitsgruppen in allen Belangen der Integration von Migrantinnen bzw. Migranten in enger Absprache mit der Geschäftsführung
- j. Förderung des Kontaktes zwischen der Einrichtung/Klinik und den kommunalen Stellen des Versorgungsgebietes, insbesondere:
 - den Erstaufnahmeeinrichtungen
 - den kulturellen und gesellschaftlichen Vereinigungen der Migrantinnen und Migranten
 - den sozialen- und gemeindepsychiatrischen Diensten
 - den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der Altenhilfe, Beratungsstellen für Familien, Selbsthilfeverbänden etc.
- k. Teilnahme an den regelmäßigen Arbeitskreissitzungen
- l. Regelmäßiger Austausch mit der Geschäftsführung und jährliche Berichtserstattung an die Vitos GmbH (Jahresbericht der Migrationsbeauftragten)
- m. ggf. Unterstützung bei der Schaffung eines konfessionsübergreifenden Raumes der Stille

3. Zur Person der/des Migrationsbeauftragten

- a. Motivation, durch persönliches Engagement und konzeptuelle Mitarbeit die Rahmenbedingungen für interkulturelle Öffnung in der Klinik und die diesbezügliche Zusammenarbeit mit den kommunalen Einrichtungen des Versorgungsgebietes zu verbessern, umzusetzen und zu verstetigen

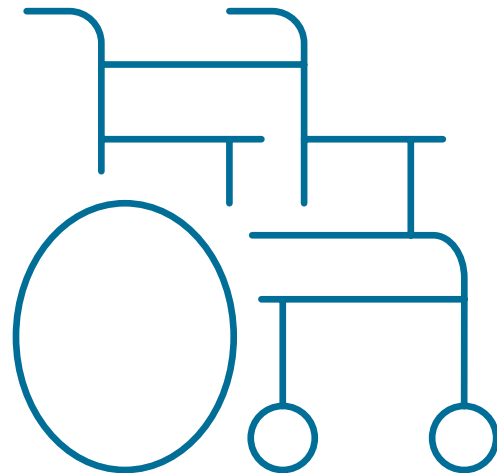
- b. Eigener Migrationshintergrund ist für diese Aufgabe keine Voraussetzung, kann aber hilfreich sein
- c. Es ist sinnvoll, dass ein/e Migrationsbeauftragte/r in der größten Einrichtung einer Tochtergesellschaft in einem Beruf tätig ist, in dem Patientenkontakt besteht und die klinischen Abläufe vertraut sind. Dabei eignen sich insbesondere Mitarbeiter/-innen der Pflege, des Sozialdienstes und des ärztlichen-therapeutischen bzw. psychologischen Dienstes.

Grundsätzlich gilt:

Aufgrund einer hausinternen Ausschreibung, in der dieses Aufgabenprofil bekannt gemacht wird, werden Bewerbungen eingeholt. Die Auswahl einer/eines geeigneten Kandidatin/en erfolgt durch ein Bewerbungsgespräch. An diesem sollten idealerweise Geschäftsführung, Ärztliche Direktion und Pflegedirektion (ggf. auch durch diese benannten Vertreter/-innen) teilnehmen.

Entsprechend den örtlichen Gegebenheiten werden die Aufgaben jeweils individuell zwischen der Geschäftsführung und den Migrationsbeauftragten im Rahmen einer entsprechenden Vereinbarung festgelegt. In einem jährlichen Mitarbeitergespräch werden diese Aufgaben ggf. erweitert bzw. ergänzt.

Für die Aufgaben der/des Migrationsbeauftragten ist pro Tochtergesellschaft ein Stundendeputat von mindestens 10 % einer Vollzeitstelle vorzusehen. Eine angemessene finanzielle Zulage ist zu empfehlen und sollte vor Ort geprüft werden.





*Die Autorinnen
und Autoren*

Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess

Ärztliche Direktorin
 Chefärztin der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und
 Psychotherapie
 KRR Psychiatrie GmbH
 KRR Psychiatrie Wunstorf
 Südstraße 25, 31515 Wunstorf
 Telefon: +49 50 31 / 93-12 01
 Fax: +49 50 31 / 93-12 07
 E-Mail: iristatjana.graef-calliess@krh.eu
 Internet: www.krh.eu

Forschungsgruppe Soziale und Transkulturelle
 Psychiatrie & Psychotherapie
 Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
 Medizinische Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
 Telefon: +49 511 / 532-6571
 Fax: +49 511 / 532-6648
 E-Mail: calliess.iris@mh-hannover.de
 Internet: www.mh-hannover.de

Dr. Ali Kemal Gün

Psychologischer Psychotherapeut, Integrationsbeauftragter
 LVR-Klinik Köln
 Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
 Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln
 Telefon: +49 (0) 221 / 89 93-211
 E-Mail: a.k.guen@lvr.de
 Internet: www.klinik-koeln.lvr.de

Dr. Nicola Herbig

Qualitätsmanagement
 Klinisches Risikomanagement
 LVR-Klinik Köln
 Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
 Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln
 Telefon: +49 (0) 221 / 89 93-794
 E-Mail: nicola.herbig@lvr.de
 Internet: www.klinik-koeln.lvr.de

Prof. Dr. Eckhardt Koch

Arzt für Psychiatrie und Neurologie/Psychotherapie
 Migrationsbeauftragter Vitos GmbH
 Institut für Europäische Ethnologie/Kulturwissenschaft
 Philipps-Universität Marburg
 Wilhelm-Roser-Str. 33a, 35037 Marburg
 Telefon: +49 (0) 6421 / 681896
 E-Mail: eckhardt.koch@t-online.de
 Internet: www.vitos.de

Jutta Marquardt

Pflegedienst,
 Charité - Universitätsmedizin Berlin
 CC17- Charité Centrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin
 Campus Virchow-Klinikum
 Station 32 / Klinik für Neonatologie
 Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
 Telefon: +49 (0) 30 / 450-566225
 E-Mail: jutta.marquardt@charite.de
 Internet: www.charite.de

Ilknur Naimi

Koordinator Migranten
Pflegebereichsleitung Chirurgie
Hospital zum Heiligen Geist
Langestr. 4–6, 60311 Frankfurt
Telefon: +49 (0) 69 / 2196-7216
E-Mail: naimi.ilknur@hohg.de
Internet: www.hospital-zum-heiligen-Geist.de

Barbara Anne Scheffer

Geschäftsstelle interkulturelle Kompetenzen im Berliner
Gesundheitswesen
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Telefon: +49 (0) 177 / 4771773
E-Mail: Barbara.scheffer@charite.de

Jonas Staudt

Leiter Unternehmensentwicklung
Vitos GmbH
Akazienweg 10, 34117 Kassel
Telefon: +49 (0) 561 / 50 600-206
E-Mail: jonas.staudt@vitos.de
Internet: www.vitos.de

Marcus Wächter-Raquet

Fachreferent im Arbeitsbereich Migration und Gesundheit
Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Telefon: +49 (0) 421 / 3881189304
E-Mail: marcus.waechter@gesundheit-nds.de
Internet: www.gesund-nds.de

Elisabeth Wesselman

Fachreferentin Interkulturelle Versorgung im
Gesundheitswesen
Freiberufliche Referentin, Dozentin, Autorin
E-Mail: elisabeth.wesselman@web.de
Internet: www.elisabeth-wesselman.de



*Verzeichnis der
Praxisbeispiele*

Arbeitskreis Migration, Vitos GmbH	27
Strukturelle Verankerung der interkulturellen Öffnung in den psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR).....	29
Integrationsbeauftragter, LVR-Klinik Köln	30
Koordinatorin für Migrantinnen und Migranten, Hospital zum Heiligen Geist Frankfurt	31
Willkommen bei Vitos, Vitos GmbH	32
10 Jahre Fachreferat Interkulturelle Versorgung – wertvolle Erfahrungen im Prozess der interkulturellen Öffnung	33
Checkliste zur Überprüfung der interkulturellen Öffnung, LVR-Klinik Köln	34
Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 630e Aufklärungspflichten.....	38
Hausinterner Dolmetscherdienst, MünchenKlinik	49
Das Drei-Säulen-Modell des Dolmetschens, Vitos Konzern	49
Supervision beim Dolmetscherservice des Landkreises Marburg-Biedenkopf (DolMa), Marburg-Biedenkopf	54
Umgang mit dem „Muttersprachengebrauch von Patientinnen und Patienten“ im stationären Alltag in der LVR Klinik Köln.....	55
Positionspapier „Muttersprachengebrauch von Patientinnen und Patienten“	55
Stellungnahme des QZI	56
Integrationsmanagement im Pflege- und Funktionsdienst an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Anwerbung und Qualifizierung internationaler Mitarbeitender, Charité Berlin	61

Arbeitsmarktintegration, Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift.....	63
Betreuung ausländischer Mitarbeiter, Hospital zum Heiligen Geist Frankfurt.....	64
Kommunikationstraining Deutsch für Ärzte und Ärztinnen an der International Academy (ChIA), Charité Berlin	66
Seminare zur Interkulturellen Kompetenz, Vitos Akademie.....	81
Das Projekt IPIKA – Interprofessionelles und Interkulturelles Arbeiten in Medizin, Pflege und Sozialdienst, Charité Berlin	81
Fortbildungsangebote im Rahmen des refuKey-Projektes.....	83
Geschäftsstelle interkulturelle Kompetenzen im Berliner Gesundheitswesen, Charité Berlin	83
E-Learning-Plattform „Vielfalt Pflegen“, Zentrum Überleben	84
ZwischenSprachen, Universitätsklinikum Hamburg	85
Interview mit dem Geschäftsführer der Passauer Wolf Bildungszentrum für Gesundheitsberufe gGmbH, Andreas Herzog	86
Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben, Medizinische Hochschule Hannover.....	88
Selbsthilfegruppe für türkischsprachige Diabetiker, Städtisches Klinikum München Schwabing	89
Interkulturelle Psychoedukation.....	90
Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden innerhalb der ersten 18 Monate nach Registrierung des Aufenthalts im Bundesgebiet.....	91
Ausbau von regionalen Strukturen zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge in Niedersachsen	93

Menschen ohne Papiere im Krankenhaus	94
Notfallgeburten bei Frauen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, MediNetz Bielefeld	95
Migrantinnen und Migranten aus EU-Mitgliedsstaaten	96
Flüchtlingsarbeit, Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift.....	97
Vernetzung mit der LVR-Klinik Köln.....	98
Öffentlichkeitsarbeit der LVR-Klinik Köln.....	99
„Lassen Sie uns persönlich werden“ – eine Serie des Miteinanders im DIAKO Bremen	100
Qualitätsmanagement-Normen: Spezifische Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten berücksichtigen.....	101
Datenerhebung, LVR-Klinik Köln	102
Krankenhaus der Kulturen: KTQ- „Best-Practice“ LVR-Klinik Köln.....	103

Impressum

Herausgeberin

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge
und Integration,
11012 Berlin
Internet: www.integrationsbeauftragte.de
E-Mail: integrationsbeauftragte@bk.bund.de

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Iris Tatjana Graef-Calliess, Prof. Dr. Eckhardt Koch,
Dr. Ali Kemal Gün, Dr. Nicola Herbig, Jutta Marquardt,
Ilknur Naimi, Barbara Scheffer, Jonas Staudt,
Marcus Wächter-Raquet, Elisabeth Wesselman

Gestaltung

A Vitamin Kreativagentur GmbH
12203 Berlin

Druck

MKL Druck GmbH & Co. KG
48346 Ostbevern

Stand: Juni 2021

