

# Warum Qualität?

## Für eine professionelle, interkulturelle Kommunikation in der Gesundheits- und Sozialversorgung

**Prof. Dr. Theda Borde**

ALICE SALOMON   
HOCHSCHULE BERLIN  
*University of Applied Sciences*

Mehr verstehen, besser zusammenleben.  
Bundesweite Fachtagung.  
Berlin am 14.10.2014

---

# Was ist Qualität in der Gesundheits- und Sozialversorgung?

## Die sieben Säulen der Qualität

Wirkung

Nutzen

Wirtschaftlichkeit

Optimalität

Annehmbarkeit

Rechtmäßigkeit

Gerechtigkeit

## Fakten

- zunehmende soziale, ethnische und kulturelle Vielfalt
- neue globale u. innereuropäische Migrationstrends
- Steigende Anzahl von Flüchtlingen
- Migration von Ärzten/-innen, Pflegekräften u.a Fachkräften

## Herausforderungen

- sprachliche und soziokulturelle Verständigung
  - gleich gute Gesundheitschancen und Versorgungsqualität für alle
  - Qualifikationsprofile im Gesundheits- und Sozialwesen
  - Diversitäts- und zukunftsgerichte Versorgungsstrukturen und -kompetenzen
-

1. Rechtlicher Zugang (Flüchtlinge irreguläre Migranten/-innen)
2. Sprache, Alphabetisierungsgrad, kulturelle Unterschiede
3. Administrative und bürokratische Faktoren  
Kenntnisse des Systems, Misstrauen gegenüber Institutionen



*Wirkung auf*

Gesundheitsstatus

Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

Qualität der Versorgung

**Kaum aktuelle Studien  
zur Versorgungsqualität  
für Migranten/-innen  
in Deutschland**

## bei Migranten/-innen

- geringere Nutzung von Präventionsangeboten und Selbsthilfegruppen (Spallek et al 2007, Bissar et al 2007, Zeeb 2004, Razum 2008 Kofahl et al 2009)
- Überproportionale Nutzung von Rettungstellen (David et al 2006)
- Unterrepräsentation in offenen stationären und teilstationären Bereichen sowie in psychiatrischen Ambulanzen (Machleidt et al 2005)
- mehr Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken (Lindert et al 2009)
- Bedarf an interkultureller Öffnung von Einrichtungen für seelische Gesundheit (Bäärnhielm et al 2013)
- deutlich geringere Behandlungszufriedenheit (v.a. Information, Aufklärung, psychosoziale Betreuung) bei gleich hohen Erwartungen an die Klinik (Borde u. David 2001, Borde et al. 2002)
- fremdsprachige Patienteninformationsmaterialien in Deutschland bisher sehr wenig verbreitet (Bungartz 2011)

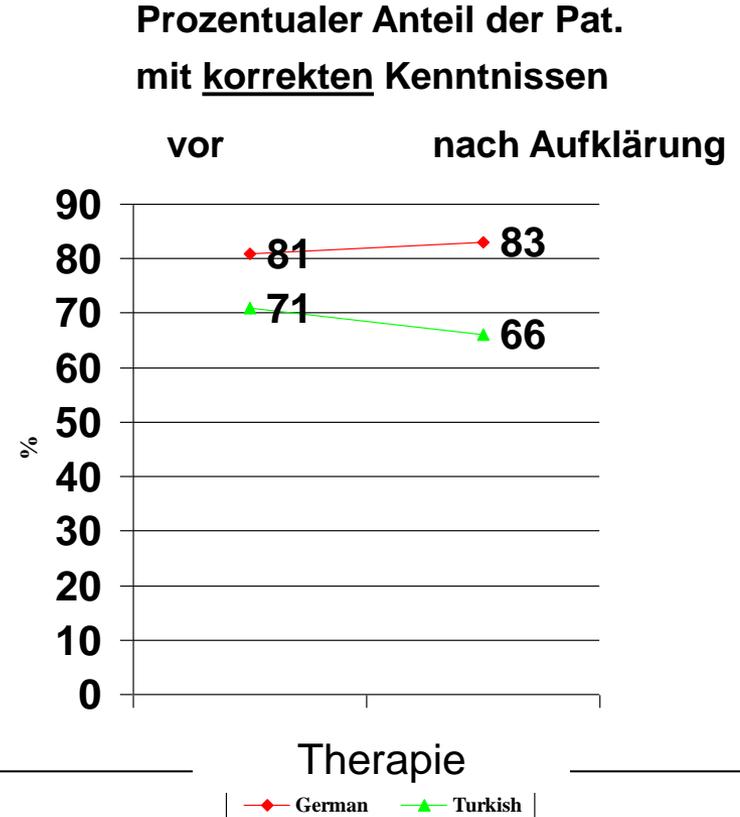
# Frauenklinikstudie - Beispiel

- geringere Kenntnis von Diagnose und Kliniktherapie und **Informationsverlust** nach Patientenaufklärung (Pette et al 2004)

Übereinstimmung von

- (a) Kenntnis der Patientin über die geplante und durchgeführte Therapie in der Frauenklinik mit
- (b) Dokumentation in der Krankenakte

**Je geringer die Deutschkenntnisse der Immigrantinnen, um so geringer die Kenntnis von Diagnose und Therapie.**



# Fachkräfte bei Kommunikation mit Migranten/-innen deutlich unzufriedener

## **Ärzte/-innen** mit Arzt-Patient-Beziehung in Rettungsstellen

- Differenzen in der Einschätzung der Dringlichkeit
- sprachliche Kommunikationsprobleme (Babitsch et al 2008)

## **Sozialarbeiter/-innen** in Jugendämtern in Kommunikationssituation mit Übersetzungen durch Begleitpersonen.

- Verzerrung oder Auslassung von Informationen
- Zeitaufwand
- Parentifizierung von Kindern (Cerniewski 2007)

## **Pflegekräfte, Ärzte/-innen** und **andere Berufsgruppen** im Krankenhaus mit ihrer eigenen Leistung bei Migranten/-innen nicht zufrieden

- sprachliche Kommunikation eingeschränkt
- psycho-soziale Hintergründe der Patientinnen bleiben verschlossen,
- Information und Beratung kommt nicht an (Borde 2002)

# Aktuelle Studie

## Perinatale Gesundheit und Migration Berlin

### Hintergrund: Probleme der Datenlage

Vorliegende Perinataldaten erfassen soziodemografische und migrationsspezifische Faktoren nur unzureichend

### Fragestellungen

Welchen Einfluss haben Migrations- und Akkulturationsprozesse auf Schwangerschaft und Geburt?

- Gibt es Unterschiede bei perinatalen Versorgungsaspekten zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zwischen Migrantinnen mit eigener Migrationserfahrung (1. Generation) und Frauen der so genannten 2. und 3. Generation

**Datenerhebung und Datenerfassung** 15.01.2011-14.01.2012 Ziel: Vollerhebung  
**parallel in 3 Geburtskliniken** (Charite Virchow, Vivantes Urban, Vivantes Neukölln)

**A. Befragung**

7 Tage pro Woche von 6.30-19.30 Uhr  
pro Standort im 2-Schicht-System  
durch Interviewerinnen (6 *Study Nurses*  
+ 23 *Studentinnen* an den Wochenenden)  
Datenerhebung anonym /Datenschutzes

**B. Daten aus Mutterpass**

**C. Perinataldaten der jeweiligen Geburtsklinik (AQUA-Institut)**

---

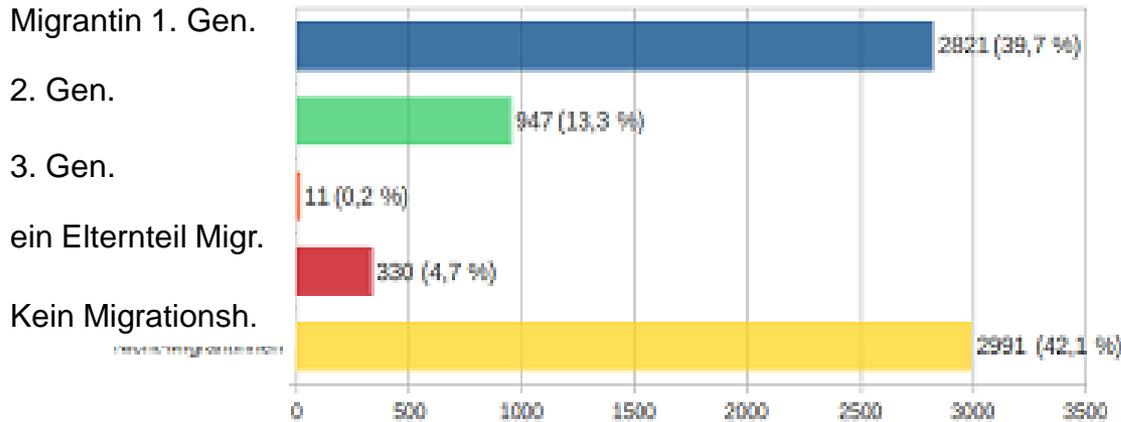
## T1 Befragung bei Aufnahme im Kreißsaal

<b>Brutto</b>	<b>8.157</b>	
Ausschlusskriterien *	235	
		Prozent
<b>Bereinigtes Brutto</b>	<b>7.922</b>	100,0
Nicht erreicht	363	4,6
Keine Einwilligung für Zusammenspielen der Daten	6	<0,1
Datenverknüpfung nicht möglich	72	0,9
Teilnahme verweigert	381	4,8
<b>Auswertbar</b>	<b>7.100</b>	89,6

\* ausgeschlossen wurden

Minderjährige, Frauen mit Totgeburten, Frauen mit ständigem Wohnsitz im Ausland

### Migrationsstatus



### Alter der Frauen 18-48 Jahre

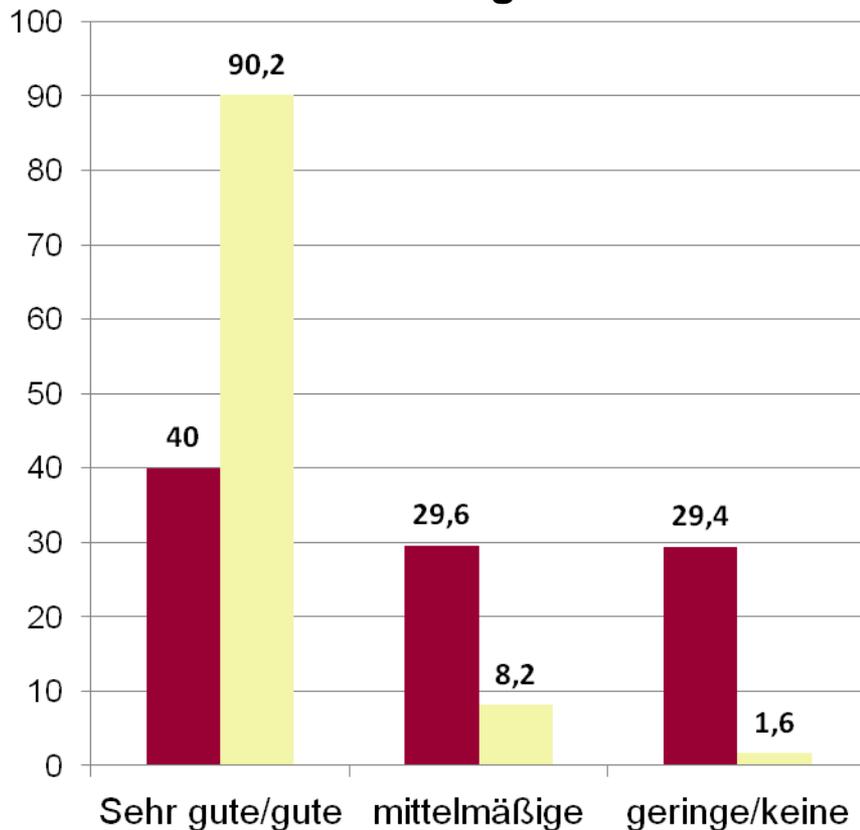


### Geburtsland/-region der Frauen

%	Region
60,0	Deutschland
9,9	Türkei
2,1	Europa-5 & EFTA
6,3	weitere EU (ohne Ex-Jugos.)
4,4	ehem. Jugosl. & Albanien
5,3	Libanon
2,2	andere arab. Länder & Israel
2,7	GUS
2,0	Afrika (o. Nordafrika)
1,8	Indien & Restasien
1,1	Nordafrika
0,8	Lateinamerika & Karibik
1,5	weitere Regionen (zusammen)

7.100 Frauen gesamt

## Selbsteinschätzung



- Migrantinnen 1. Gen
- Migrantinnen 2/3. Gen

**Etwa ein Drittel der Frauen mit Migrationshintergrund geben sprachliche Verständigungsprobleme in deutscher Sprache an**

## Insgesamt positive Entwicklungen (nicht nur bei der Schwangerenvorsorge)

Frauen mit Migrationshintergrund nutzen die ärztliche Schwangerenvorsorge heute in ähnlicher Weise wie Nicht-Migrantinnen  
(Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Median = 11), Zeitpunkt der Nutzung)

### **Aber**

$\leq 5$  Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (laut Mutterpass)

alle Studienteilnehmerinnen (n=7100)	9 %
Frauen mit eigener Migrationserfahrung	12 %
Frauen mit unklarem Aufenthaltsstatus	25 %
Frauen mit geringen Deutschkenntnissen	33 %

### **Hinweise auf Unterversorgung**

## Elf Qualitätskriterien in der Gesundheits- und Sozialversorgung Norm EN 15224 (2012)

- Angemessene, richtige Versorgung
- Verfügbarkeit
- Kontinuität der Versorgung
- Wirksamkeit
- Effizienz
- Gleichheit
- Evidenz basierte/wissensbasierte Versorgung
- patientenzentrierte Versorgung
- Patientenbeteiligung
- Patientensicherheit
- Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit

**Wie können diese Qualitätskriterien bei allen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund erfüllt werden?**

# Versorgungsqualität in der Einwanderungsgesellschaft erfordert **INVESTITIONEN**

**diversitätsgerechte**

**Versorgungsforschung**

- mehr Studien zur Versorgung  
Inanspruchnahme, Qualität, Ergebnisse
- systematische Repräsentation von Migranten/-innen
- Intersektionalität Migr. u.a. soziale Faktoren

**institutionelle Strukturen**

- diversitätsgerechtes QM
- Einsatz & Finanzierung von SprInt
- Mehrsprachige Informationsmaterialien
- Einsatz moderner Übersetzungstechnik

**Kompetenzen**

- Aus- und Weiterbildung d. Fachkräfte
- Qualifizierung von SprInt

**SprInt: neuer Beruf im Sozial-, Bildungs- u. Gesundheitswesen  
Spez. Fachkompetenz**

# Versorgungsqualität in der Einwanderungsgesellschaft erfordert **KOOPERATIONEN** im Versorgungssystem

## Einsatzfelder

Institutionen

**SprInt Sprach- u.  
Integrationsmittlung**

**Fachkräfte  
SA-G-E**

**Ehrenamtliche u.  
Lotsen /-innen**

**komplex**

**einfach**

**Kommunikationskontexte  
Problemlagen und Handlungsbedarf**

## Organisationsstruktur

1. Festeinstellung von SprInt in großen Institutionen
2. qualifizierte Vermittlungszentralen für mobile Einsätze
3. steuer- bzw. kassenfinanziert im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen



## HOCHSCHULPARTNER



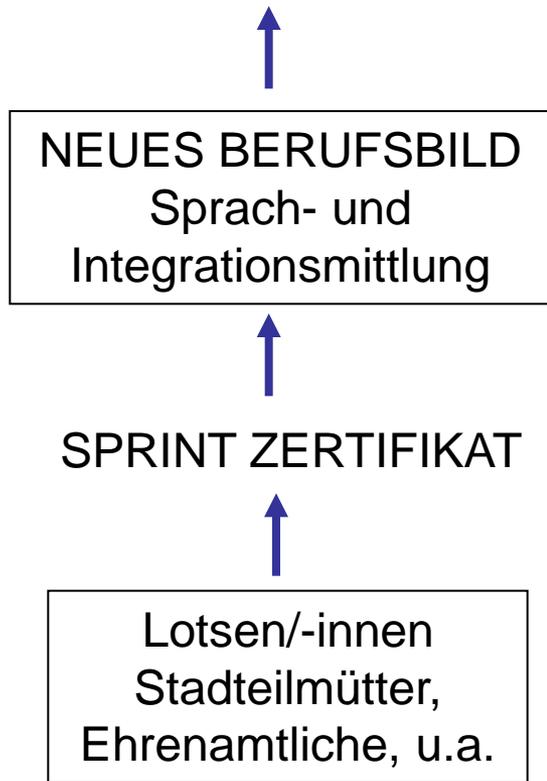
Qualitätssicherungs-  
kommission

Kompetenzorientiertes  
Curriculum für Sprint  
18 Monate

Prüfung

## SPRINT ZERTIFIKAT

## OFFENE HOCHSCHULE



## Fakten

- Diversität der Bevölkerung nimmt zu
- Jede/r dritte Migrant/-in hat Verständigungsprobleme in deutscher Sprache
- Kommunikations- und Zugangsbarrieren führen zu Fehl-, Über- und Unterversorgung
- Fachkräfte mit ihrer Versorgungsleistung bei Migrant/-innen unzufrieden
- Kaum Studien zur Versorgung, die Migrant/-innen angemessen repräsentieren
- Komplexe interkulturelle Kommunikationskontexte in SAGE erfordern qualifizierte SprInt und bedarfsgerechte Kooperationsstrukturen

## Entwicklung

diversitätsgerechte

Versorgungsforschung

institutionelle Strukturen

Kompetenzen

- Bäärnhelm S, Javo C, Mösko MO.** Opening up mental health service delivery to cultural diversity: current situation, development and examples from three northern European countries. *Adv Psychosom Med*, 33, 2013: 40-55
- Babitsch B, Braun T, Borde T, David M:** Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: What role do gender and ethnicity play? *BMC Health Serv Res*. 2008;11;8:82  
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-82.pdf>
- Bissar AR, Schulte AG, Muhiazi G, Koch MJ:** Caries prevalence in 11- to 14-year old migrant children in Germany. *Int J Public Health*. 2007;52(2):103-8
- Borde T, David M, Kentenich H:** Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Gesundheitswesen*, 64, 2002: 476-485
- Brenne S, Breckenkamp J, Razum O, David M, Borde T.** Wie können Migrantinnen erreicht werden? Forschungsprozesse und erste Ergebnisse der Berliner Perinatalstudie. In: Esen E, Borde T (Hrsg.) *Deutschland und die Türkei – Band II. Forschen, lehren und zusammenarbeiten in Gesellschaft, Gesundheit und Bildung*, Ankara 2013, S. 183 -198
- Borde T, David M:** *Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*. Frankfurt/M: Mabuse, 2001
- Bungartz J, Szecsenvi K, Joos S.** Wer nichts weiß, muss alles glauben: Fremdsprachige Patienteninformationen - Bestandsaufnahme und Entwicklungspotenzial. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. Vol 105,10, 2011: 743-750
- Castañeda H.** Illegality as a risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Soc Sci Med*, 68(8), 2009: 1552-60
- Cerzniewski A.** Kommunikation mit MigrantInnen in Berliner Jugendämtern. Eine Studie zum Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen. In: Borde T, Albrecht NJ; SenGeSV Berlin (Hrsg).. *Innovative Konzepte für Integration und Partizipation . Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder*. Band 3 interdisziplinäre Reihe Migration - Gesundheit - Kommunikation . 2007: 76-99
- David M, Braun T, Borde T:** (Fehl-) Inanspruchnahme von klinischen Rettungsstellen. Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Ethnizität der Patienten. *Notfall- und Rettungsmedizin*, 8, 2006: 673-678
- David M, Schwartau I, Pant HA, Borde T:** Emergency outpatient services in the city of Berlin: factors for appropriate use and predictors for hospital admission. *EJEM – European Journal of Emergency Medicine* 13, 2006: 352-357

**Donabedian A.** The Seven Pillars of Quality. Arch. Path. Lab. Med. 114, 1990, 1115-8

**European Commission.** Quality in and equality of access to healthcare services. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Manuscript completed in March 2008.

[http://www.euro.centre.org/data/1237457784\\_41597.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf)

**Kofahl C, Hollmann J, Möller-Bock B:** Health-related self-help of immigrants in Germany. Chances, barriers, potential. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2009 Jan;52(1):55-63

**Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A:** Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. Psychother Psych Med;58(3-4):123-9

**Machleidt W, Calliess IT:** Transkulturelle Psychiatrie und Migration - Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. Die Psychiatrie 2, 77-84, 2005

**Mladovsky P:** Migration and health in EU health systems. Euro Observer. Vol. 9. No. 4, 2007

**Pette M, Borde T, David M:** Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. J Turkish German Gynecol Assoc, 2004, 5(4): 130-137 [http://www.artemisonline.net/published/volume5/issue4/ErratumMPette5\(4\).pdf](http://www.artemisonline.net/published/volume5/issue4/ErratumMPette5(4).pdf)

**Razum O, Zeeb H et al:** Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsbericht-erstellung des Bundes. Robert Koch-Institut 2008

**Spallek J, Razum O:** Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. Med Klin 102:451-456. 2007

**Zeeb H, Braune BT, Vollmer W, Cremer D, Krämer A:** Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. Gesundheitswesen, 2004;66:76-84

---