

Qualität interkultureller Kommunikation im Gesundheits- und Sozialwesen



Wir schaffen Verständigung!
 Professionelle Sprach- und Integrationsmittlung.
 Eine innovative Dienstleistung zur interkulturellen Öffnung
 6./7.9.2011 Bonn

Prof. Dr. Theda Borde, MPH

ALICE SALOMON
 HOCHSCHULE BERLIN
 University of Applied Sciences

Migranten/-innen im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland

1950er-1970er Jahre
 „irgendwie mitversorgt“
 geringe Inanspruchnahme d. Gesundheitsversorgung
Spezialangebote für Migranten/-innen in der Sozialen Arbeit



1980er und 1990er Jahre
Vereinzelt Forschung zu „Problemgruppen“
 und Entwicklung von einzelnen Modellprojekten

Wo stehen wir heute?

- **Wahrnehmung der demographischen Entwicklung**
- **Einwanderungsgesellschaft**
- **neue Migrationstrends innerhalb und nach Europa**
- **Interkulturelle Öffnung / Diversity**



Kommunikation im Gesundheits- und Sozialwesen = interkulturelle Kommunikation

und erfordert

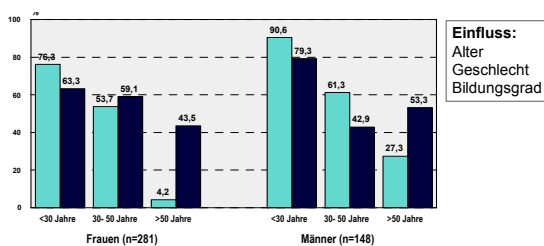
- **Standards guter Kommunikations- und Interaktionspraxis**, für alle Nutzer/-innen
- spezifische **Kommunikationskompetenzen der Fachkräfte**
- **Strukturen, Instrumente und qualifiziertes Personal für Sprachmittlung** für eine Kommunikation von hoher Qualität

Mögliche Kommunikationsstörungen im professionellen Kontext (Gesundheit, Soziales, Bildung)

- Sachinhalte werden nicht verstanden
- Ansprüche und Erwartungen nicht erfüllt
- Zeitmangel
- Werte und Normen differieren
- Rollenzuschreibungen blockieren die Verständigung
- Beziehung ist von Abwertung/ Aufwertung bzw. Über-/ Unterordnung gekennzeichnet
- sprachliche Verständigung ist unzureichend...

Quantitative Bedeutung sprachlicher Verständigungsprobleme

Beispiel: Berliner Notfallambulanzstudie
 (n=815, davon 429 Patienten/-innen mit Migrationshintergrund)
 Altersgruppe 15-65 Jahre



Patientenbefragung in Berliner Rettungsstellen – Charité CVK, Klinikum am Urban u. Klinikum Neukölln (2001-2002)

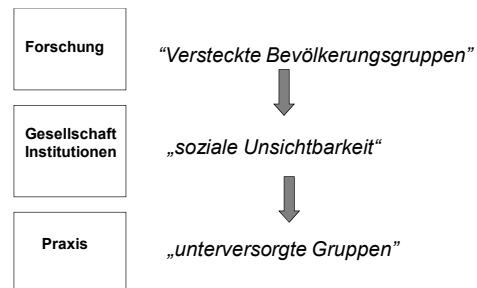
Was wissen wir über die **Qualität der interkulturellen Kommunikation** und die **Qualität der Versorgung** von Migrant/innen im Gesundheits- und Sozialwesen?

Recht wenig!

Defizitäre Datenlage

1. Vergleichbarkeit internationaler Studien begrenzt (unterschiedliche Indikatoren)
2. sehr wenige Studien (meist kleine Stichproben, bestimmte Migrantengruppen, spezifische Behandlungs- oder Beratungssettings, selten Vergleiche zum Ergebnis von Behandlung, Beratung etc.)
3. Gravierende Unterrepräsentation von Migranten/-innen bzw. /ethnischen Minderheiten in Befragungen „hard to reach“ => systematischer Ausschluss (Brackerts 2007, Borde 2009)

Forschungsdefizite => Versorgungsdefizite



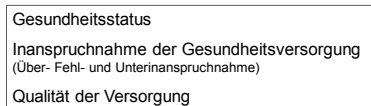
(Atkinson u. Flint 2001, Doherty et al. 2004)

Vorhandene Studien belegen:

(1) Zugangsbarrieren für Migranten/-innen

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

und deren negative Wirkung auf

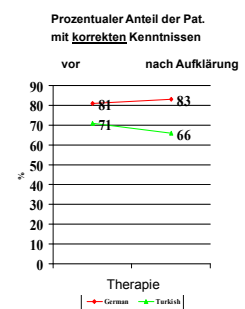


(Razum et al 2008, Mladovsky 2007, Riesberg u. Würz 2008)

(Pette, Borde & David 2004)

(2) Gravierende Defizite in der Patientenaufklärung für Migrantinnen

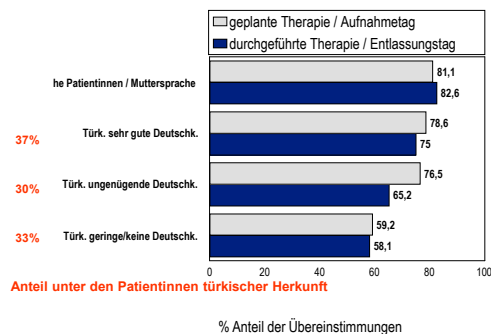
- Übereinstimmung von
- (a) Kenntnis der Patientin über die geplante u. in der Klinik durchgeführte Therapie mit
 - (b) Dokumentation in der Krankenakte



Befragung von 562 Patientinnen in Berliner Frauenklinik Altersgruppe 15-75 Jahre

(3) Einfluss der Deutschkenntnisse der Patientinnen auf die korrekte Kenntnis der Therapie

(Pette, Borde & David 2004)



(4) Medikalisierung trotz deutlicher Aufklärungsdefizite bei Migrantinnen

(Wechseljahresstudie David, Schalinski, Borde 2008)

(n= 418 deutsche, 280 asiatische, 264 türkistämmige Frauen, 45-60 Jahre)

Unkenntnis über die Risiken der menopausalen Hormontherapie
 85% Migrantinnen aus der Türkei
 60% Migrantinnen und Asien (China, Japan, Korea)
 53 % deutschen Frauen

Anwendung der Hormontherapie (gegenwärtig oder früher)
 58 % der Migrantinnen aus der Türkei
 35% der Migrantinnen aus Asien
 50% der deutschen Frauen

(5) Unzufriedenheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit der Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung

(Analyse von 2.429 Kurzfragebögen / Ärztebefragung)

- Ärzte/-innen deutlich unzufriedener mit Arzt-Patient-Beziehung bei Patienten/-innen mit Migrationshintergrund als bei deutschen Patienten/innen

Häufigste genannte Gründe:

- sprachliche Kommunikationsprobleme
- Differenzen in der Einschätzung der Dringlichkeit

(Berliner Notfallambulanzstudie: Babitsch, Braun, Borde, David 2008)

Factors influencing the satisfaction of physicians with the treatment in Emergency departments (log. Regression)

Internal medicine				Gynecology			
	OR	95%-KI		OR	95%-KI		
age	1,00	0,99	1,01	1,01	0,97	1,04	
sex	1,35	0,90	2,02				
ethnicity	0,89	0,52	1,50	1,87	0,71	4,94	
language / communication	5,28***	4,34	6,43	4,07***	2,52	6,56	
urgency of medical treatment	0,75***	0,70	0,81	0,71***	0,60	0,84	

The higher the estimated urgency the higher the satisfaction of the physicians

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

Babitsch, Borde, David 2006

Aktuelle Diskurse zur Bedeutung der Patientenaufklärung

- Patientenrechte
- Selbst- und Mitbestimmung bei medizinischen Maßnahmen
- compliance
- „health literacy“
- Ko-produktion von Gesundheit
- gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making)
- Krankheitsbewältigung



Die Salzburger Erklärung zur partizipativen Entscheidungsfindung

Salzburg Global Seminar:
The Greatest Untapped Resource in Healthcare? Informing and Involving Patients in Decisions about Their Medical Care, 12. - 17. Dezember 2010 (Session 477)
<http://www.SalzburgGlobal.org/qo/477>

Sind Migranten/-innen nur die Spitze des Eisbergs?

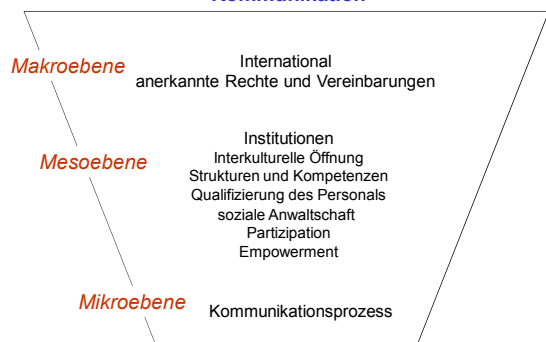
Zentrale Problemfelder in der Versorgung von Migranten/-innen

1. Sprachliche Kommunikation, Information u. Aufklärung
 - *"Er kam als Freund und wurde zum Dolmetscher."* Information und Gespräche zwischen Arzt/Ärztin und Patientin werden durch nicht qualifizierte „Zufallsdolmetscher“ reduziert und verzerrt
 - schriftliche Informationsmaterialien meist **nur auf Deutsch** vorhanden
 - schriftliche Aufklärungs-/Informationen auch in **Fremdsprachen** verwenden „elaborierten Code“
 - keine Berücksichtigung des **Basiswissens**, des **Bildungsgrades** u. **soziokultureller Aspekte** in der eher mittelschichtorientierten mündlichen u. schriftlichen Aufklärung
 - Keine Kontrolle/Evaluation über das Ergebnis der Aufklärung

Weitere Problemfelder:

2. rechtliche Aspekte
Patientenrechte, arzt haftungsrechtliche Fragen, Diskriminierung ...
3. ökonomische Aspekte
Fehl-, Über-, Unterversorgung, Bedarfsgerechtigkeit, „Drehtüreffekt“
4. Versorgungsqualität
Patientenzufriedenheit, Versorgungsbedürfnisse, Patientenorientierung ...
5. Gesundheitsschutz / öffentliche Gesundheit
v. a. bei Infektionserkrankungen
6. Arbeitsbedingungen der Fachkräfte

Strategien zur Verbesserung der (interkulturellen) Kommunikation



Vorhandene Regelungen und internationale Übereinkünfte

- Europäische Sozialcharta** (1961)
Artikel 11: Recht auf Gesundheitsschutz
- Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin** (1996)
Artikel 3: Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung
- Charta der Grundrechte der Europäischen Union** (2000)
Artikel 21: Anti-Diskriminierung
Artikel 22: Kulturelle, religiöse und sprachliche Vielfalt

Patientenrechte in Deutschland
Information und Aufklärungspflicht
Selbst- und Mitbestimmung bei medizinischen Maßnahmen
Eigenverantwortung

Umsetzung formal zugesicherter Rechte in tatsächliche Rechte !

Handlungsbedarf in der Praxis (Meso- und Mikroebene)

- Stellenwert guter Kommunikation in der Praxis
- bedarfsgerechter Einsatz professioneller Sprachmittler/-innen
- Standards guter Praxis der Sprach- und Kulturmittlung
- effektive Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern/-innen
- Professionalisierung von Sprach- und Integrationsmittler/-innen für das Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen

Derzeit diverse Modelle von Unterstützungsstrukturen

Institutionell

Interkulturelle Öffnung
diversity management
diversity training

Personell

Integrationslotsen, Elternlotsen,
Stadteilmütter, Mimi, Kulturmittler,
Gemeindedolmetscher ...
muttersprachliches Fachpersonal

Technik

Internet Gesundheitsinformation,
spez. Materialien f. Zielgruppen
interaktive Übersetzungstechnik
(z.B. lilytranslate)

Qualität und Wirkung ?
bisher kaum untersucht !
Bedarfsgerechter Einsatz ?
ungenügend !
Flächendeckung und
Nachhaltigkeit ?
bisher nicht gesichert !

Einheitliche Qualifizierung von Sprach- und Integrationsmittler/-innen für das Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen

Anerkanntes Berufsbild

Sprach- und Integrationsmittler/-in

- Fundiertes Curriculum
- Zertifizierter Abschluss
- Professionalisierung

SPRINT-TRANSFER

➔ **Transfer** guter Praxis

ALICE SALOMON
HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences
Soziale Arbeit - Gesundheit - Bildung



Kooperation der ASH mit Sprint Transfer

- Förderung der Durchlässigkeit von individuellen Bildungsverläufen
- Förderung der Teilhabe sowie der Gesundheits- und Bildungschancen von Migrantinnen und Migranten

Rolle der ASH Berlin in der Kooperation:

- Zertifizierung des Curriculums / Abschlüsse
- Prüfungsinstitution für das bundesweite Prüfungsverfahren