

Sprach- und Integrationsmittlung: Ein praxisbewährtes Instrument zum Umgang mit sprachlicher und kultureller Vielfalt (nicht nur) im Krankenhaus

Ein Beitrag zum Fachdiskurs Sprach- und Integrationsmittlung
aus dem SprInt Netzwerk

von Ethnologin M.A.
Antje Schwarze
Servicestelle SprInt
Diakonie Wuppertal



von Dipl.-Politologe
Fabian Junge
Servicestelle SprInt
Diakonie Wuppertal



zuerst erschienen in: Bouncken, Ricarda B./ Pfannstiel, Mario A./ Reuschl, Andreas J. Universität Bayreuth (Hrsg.) (2013): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I: Prozesse, Produktivität und Diversität. Springer Verlag, Wiesbaden, 2013.

Sprach- und Integrationsmittlung: Ein praxisbewährtes Instrument zum Umgang mit sprachlicher und kultureller Vielfalt (nicht nur) im Krankenhaus

Fabian Junge, Antje Schwarze

Zuerst erschienen in: Bouncken, Ricarda B./ Pfannstiel, Mario A./ Reuschl, Andreas J. Universität Bayreuth (Hrsg.) (2013): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I: Prozesse, Produktivität und Diversität. Springer Verlag, Wiesbaden, 2013. S. 367-38

Zusammenfassung

In deutschen Krankenhäusern ist die Zunahme der sprachlichen und kulturellen Heterogenität schon seit langem nicht mehr von der Hand zu weisen. Kommunikationsbarrieren verhindern den gleichberechtigten Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zur Gesundheitsversorgung und beeinträchtigen die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen. Der Beitrag beschreibt die Auswirkungen von Kommunikationsbarrieren im Gesundheitssektor und erläutert Vor- und Nachteile bisheriger Lösungen zur sprachlichen und kulturellen Vermittlung zwischen Patienten mit Migrationshintergrund und medizinischem Fachpersonal. Er stellt mit der professionellen Sprach- und Integrationsmittlung einen qualitativ hochwertigen Lösungsansatz zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation im Krankenhaus vor. Professionelle Sprach- und Integrationsmittler unterstützen Fachkräfte im Gesundheitswesen durch fachspezifisches Dolmetschen, soziokulturelles Vermitteln und Assistenz Tätigkeiten. Der Artikel geht auf das Tätigkeitsprofil, die Vermittlung, Finanzierung und Qualifizierung von Sprach- und Integrationsmittlern ein.

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Migration und Gesundheit.....	3
3	Folgen von Verständigungsbarrieren im Gesundheitswesen	4
4	Bisherige Lösungen	5
5	Professionelle Sprach- und Integrationsmittlung.....	6
6	Qualifizierung zum Sprach- und Integrationsmittler	7
7	Wirksamkeit von professionellen Mittlern	7
8	Die Vermittlungszentrale: Service und effiziente Buchung von Sprach- und Integrationsmittlern	8
9	Finanzierung von Sprach- und Integrationsmittlereinsätzen	8
10	Finanzieller Nutzen von Sprach- und Integrationsmittlung	9
11	Fazit	10
12	Literaturverzeichnis	11

1 Einleitung

In deutschen Krankenhäusern ist die Zunahme der sprachlichen und kulturellen Heterogenität schon seit langem nicht mehr von der Hand zu weisen. Diese Entwicklung stellt die Kliniken vor neue Herausforderungen, denn ihre Leistungen werden von Menschen mit Migrationshintergrund, im Vergleich zu Praxen und anderen Leistungserbringern, überproportional wahrgenommen (Karl-Trummer, et al., 2006, S. 108). Praxiserfahrungen und Studien zur Gesundheitsversorgung von Migranten zeigen auf, dass eine erfolgreiche Behandlung häufig durch sprachliche und kulturelle Barrieren bei der Kommunikation zwischen Fachpersonal und Migranten erschwert oder behindert wird (Razum, et al., 2008). Diese Kommunikationsbarrieren beeinträchtigen die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen, verursachen Kosten und erschweren den effektiven Einsatz von Ressourcen. Bisher gibt es hierfür keinen zufriedenstellenden, systematischen Lösungsansatz.

Der Beitrag beschreibt die Auswirkungen von Kommunikationsbarrieren im Gesundheitssektor und stellt Vor- und Nachteile bisheriger Lösungen aus der Praxis vor. Zur besseren Versorgung und für eine gelingende Kommunikation zwischen Migranten und Fachpersonal im Gesundheitswesen wird der Einsatz von professionellen Sprach- und Integrationsmittlern vorgeschlagen. Professionelle Sprach- und Integrationsmittler unterstützen Fachkräfte im Gesundheitswesen durch fachspezifisches Dolmetschen, soziokulturelles Vermitteln und Assistenz Tätigkeiten. Der Artikel geht auf das Tätigkeitsprofil, die Vermittlung, Finanzierung und Qualifizierung von Sprach- und Integrationsmittlern ein. Neben einer Literaturanalyse basiert der Beitrag auf der langjährigen Erfahrung der Migrationsdienste der Diakonie Wuppertal bei der Etablierung der Dienstleistung Sprach- und Integrationsmittlung.

2 Migration und Gesundheit

Laut statistischem Bundesamt leben in Deutschland 15,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund¹ (Statistisches Bundesamt, 2010). Globale Migrationsbewegungen, die demographische Entwicklung, soziale Veränderungen und die europäische Integration erhöhen die Bedeutung von kultureller und sprachlicher Vielfalt. Dabei unterlagen die Zu- und Abwanderungsbewegungen in den letzten Jahrzehnten starken Schwankungen, wodurch die Heterogenität von Migrationshintergründen und Migrantengruppen gestiegen ist (Razum et al., 2008, S. 13).

Zahllose Studien stellen einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migrationshintergrund fest. Weiss (2003) identifiziert Migration an sich bereits als Gesundheitsrisiko. In der Tat ist der Gesundheitszustand und der Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung derzeit schlechter als derjenige der Bevölkerungsmehrheit (Borde/ David 2003, Colatz, 2001, S. 56). Menschen mit Migrationshintergrund beanspruchen viele Gesundheitsleistungen nicht oder in geringerem Ausmaß als die Mehrheitsbevölkerung (Razum et al., 2008, S. 107). Dies gilt vor allem für Angebote der Prävention und Rehabilitation, sowie der psychiatrischen Versorgung (Borde/ David, 2007, S. 49, Falge, 2007, S. 138, Razum et al., 2008, S. 121). Gleichzeitig wird eine überproportionale Wahrnehmung von Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Notfallambulanzen beobachtet (Borde et al., 2003, Ghaen, 1999).

Die Ursachen für den ungleichen Zugang zu und die unterschiedliche Nutzung von Gesundheitsangeboten durch Menschen

¹ Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ meint „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2007).

mit Migrationshintergrund sind vielfältig: die häufige Herkunft aus bildungsfernen Milieus, Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, geringe Kenntnis des Versorgungssystems, geringes Vertrauen in interkulturelle Verständigungsmöglichkeiten in den Einrichtungen, Scham und eine niedrige Gesundheitsbildung werden genannt (Falge, 2007, S. 139 und S. 141-142). Razum et al. (2008, S. 107-118) identifizieren neben Unterschieden im Versicherungsstatus und strukturellen Bedingungen wie dem Aufenthaltsstatus unterschiedliche Krankheitsverständnisse und Kommunikationsprobleme, d.h. Sprachbarrieren und Informationslücken, als zentrale Einflussfaktoren.

Eine Studie unter türkischen und deutschsprachigen Patientinnen auf zwei gynäkologischen Stationen illustriert die Kommunikationsprobleme: die Patientinnen wurden u. a. zu ihrer Kenntnis der für sie gestellten Diagnose und Therapie befragt. Dabei stellte sich nicht nur heraus, dass die türkischstämmigen Patientinnen die Informationen nicht verstanden hatten, ihr Wissen über die durchgeführten Maßnahmen war zum Ende der Therapie sogar gesunken – wobei dieses Wissen umso geringer war, je weniger Deutschkenntnisse die befragten Patientinnen aufwiesen (Borde/ David, 2004).

3 Folgen von Verständigungsbarrieren im Gesundheitswesen

Mehrere Studien haben einen Zusammenhang zwischen der Qualität der interkulturellen Kommunikation und den qualitativen Aspekten der Dienstleistungsproduktivität in der Gesundheitsversorgung festgestellt². Muela Ribera et al. (2008) benennen in ihrer Auswertung von 67 Originalstudien und vier Reviews vier Dimensionen, die von Sprachbarrieren negativ beeinflusst werden: Zugang zu medizinischer Versorgung (insbesondere Prävention), Behandlungsqualität, Patientenzu-

friedenheit und Zufriedenheit des medizinischen Personals.

Die Effektivität des Einsatzes medizinischer und personeller Ressourcen wird durch die mangelnde Qualität interkultureller Kommunikation ebenfalls negativ beeinflusst. Das Risiko von Fehldiagnosen und -behandlungen steigt. Ärzte führen aufgrund von Unverständnis der Beschwerden des Patienten unnötige und zum Teil kostspielige Tests durch. Auch suchen missverstandene Patienten ihre Ärzte öfter auf oder wechseln im so genannten Doctor-Hopping den Arzt häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt (Razum et al., 2008, S. 110). Eine weitere Folge sprachlicher und kultureller Barrieren ist die niedrigere Compliance der Patienten – bei geringerem Verständnis von Diagnose, Prognose, Therapie und Medikation folgen Patienten mit begrenzten Sprachkenntnissen den Behandlungsempfehlungen des medizinischen Fachpersonals seltener als Muttersprachler (Flores, 2005).

Für Kliniken ist es aufgrund der beschriebenen Entwicklungen notwendig, auf Faktoren wie die unterschiedliche Sprachkompetenz, kulturelle Bedürfnisse, unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie Erwartungen an Gesundheitsdienstleister bei Patienten mit Migrationshintergrund einzugehen. Um die Erfüllung ihres Versorgungsauftrages zu gewährleisten, müssen sie ihren Mitarbeitern – deren Heterogenität ebenfalls zunimmt – Instrumente anbieten, die einen angemessenen Umgang mit den genannten Anforderungen ermöglichen. Eine systematische Berücksichtigung kultureller und sprachlicher Vielfalt im Sinne eines Diversity Managements ist im deutschen Gesundheitswesen bisher kaum erkennbar (Geiger, 2006), obwohl die interkulturelle Öffnung von Einrichtungen der Regelversorgung im nationalen Integrationsplan der Bundesregierung und in Integrationskonzepten und – gesetzen der Länder festgeschrieben ist (siehe z. B. NIP, 2006, §4 PartIntG Berlin).

² Qualitative Produktivitätsaspekte sind z. B. die Zufriedenheit von Mitarbeitern und Patienten, die Qualität erbrachter Leistungen sowie die Zusammenarbeit der beteiligten Personen (Bouncken/ Pfannstiel/ Reuschl, 2012, S. 18).

4 Bisherige Lösungen

Angesichts der negativen Auswirkungen von sprachlichen und kulturellen Barrieren überrascht der bisherige Umgang mit den neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Bisher gibt es keine systematische Lösung zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation. Es bestehen nur Insellösungen, die im Bezug auf Übersetzungsqualität, Verfügbarkeit und Professionalität stark variieren und dem tatsächlichen Bedarf nicht genügen.

In vielen Fällen werden ad hoc-Dolmetscher wie Reinigungskräfte aus dem jeweiligen Herkunftsland, Bekannte, Verwandte und Kinder hinzugezogen. Diese Personen sind jedoch nur bedingt in der Lage, die Inhalte fachgerecht und neutral zu vermitteln, Bedeutungsverzerrungen und Missverständnisse sind wahrscheinlicher als bei professionellen Dolmetschern. Gerade der Einsatz von Kindern als Dolmetscher ist aufgrund der auftretenden Rollenkonflikte inadäquat. Zudem kann das Fachpersonal nicht überprüfen, ob das Gesagte unverfälscht übertragen wird oder ob dem Patienten wichtige Informationen verschwiegen werden. Der Einsatz von ad hoc-Dolmetschern erhöht somit das Risiko medizinischer Fehler (Muela Ribera et al., 2008, S. 21-23).

In vielen Regionen sind mittlerweile niedrig qualifizierte, ehrenamtliche Mittler im Gesundheitswesen tätig. Wie bei den meisten ehrenamtlichen Projekten besteht hier eine hohe Fluktuation. Der Einsatz von Ehrenamtlichen hat in der Regelversorgung jedoch seine Grenzen: So stellen sich insbesondere bei Einsätzen im Krankenhaus (z. B. bei der Übersetzung von Patientenverfügungen), als auch bei sehr persönlichen und folgenreichen Entscheidungen Fragen nach der Verlässlichkeit des Dolmetschens und der Haftung. Darüber hinaus kann in der Praxis die Wahrung von Neutralität und Schweigepflicht nicht garantiert werden (Tamayo, 2010, S. 285).

Universitär oder an Fachhochschulen ausgebildete Dolmetscher sowie muttersprachliches Fachpersonal stellen profes-

sionelle Vorschläge zur Lösung von Verständigungsproblemen dar. Sie haben den Vorteil, dass sie einer beruflichen Schweigepflicht unterliegen, die für die Akzeptanz der Mittlerperson eine wichtige Rolle spielt. Jedoch sind herkömmliche Dolmetscher für die speziellen Anforderungen des Gesundheitswesens nicht oder nur unzureichend qualifiziert. Ihnen fehlen die Fachkenntnisse, da sie primär für den politischen, juristischen, wirtschaftlichen oder technischen Bereich ausgebildet sind. Kulturspezifisches Wissen, etwa über das Verständnis von und den Umgang mit Krankheit in der Herkunftskultur der Patienten, werden in der Dolmetscherausbildung nicht vermittelt. Zudem werden die Migrantensprachen, die im Gesundheitswesen gebraucht werden, in der Regel in der Dolmetscherausbildung an deutschen Universitäten nicht unterrichtet (Bahadir, 2009, S. 8).

Mehrsprachiges Fachpersonal erzielt gute Wirkungen bei der Beseitigung von Verständigungsbarrieren – ihr Einsatz wirkt sich positiv auf Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit und Behandlungserfolg aus (Flores, 2005). Vor ihrem Einsatz müssen die Mitarbeiter allerdings in Dolmetsch- und interkultureller Kompetenz geschult werden, was in der Praxis selten der Fall ist. Auch muss die Klinik sicherstellen, dass die regulären Arbeitsabläufe durch das Heranziehen zu Dolmetschertätigkeiten nicht gestört werden (Tamayo, 2010, S. 285). Keine Einrichtung wird ganz auf externe Mittler verzichten können, da die Häufigkeitsverteilung der Herkunftsländer des medizinischen Fachpersonals sich nicht mit derjenigen der allgemeinen Zuwanderungsbevölkerung deckt (Razum et al., 2008, S. 112). Der Bedarf an unterschiedlichen Sprachen wird deshalb nicht vollständig durch muttersprachliches Fachpersonal abgedeckt werden können. In großen Einheiten haben sich interne Dolmetscherpools bewährt. So hat z.B. das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf bereits in den 1990er Jahren selbst Dolmetscher ausgebildet, um den eigenen Bedarf zu decken (Albrecht, 2002).

Wie dargestellt finden Kliniken unterschiedliche Antworten auf die gestiegene sprachliche und kulturelle Vielfalt, es existiert jedoch keine einheitliche Lösung. Dabei steht das Gesundheitssystem vor einer strukturellen Herausforderung, die einen systematischen Ansatz und qualitativ hochwertige Instrumente verlangt. Für Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care, sind „Angebot und Nachfrage (...) als eine wichtige Folge des demografischen Wandels und der Internationalisierung aus dem Lot geraten (...) und [verlangen] nach neuen Versorgungsstrukturen. (...) Diese stehen im Gegensatz zu den reinen Produktinnovationen für eine Prozessoptimierung im Sinne eines effizienten Schnittstellenmanagements und einer verbesserten Wertschöpfung.“ (Amelung 2011, S. 15). Dies gilt auch für den Umgang mit sprachlichen und kulturellen Kommunikationshindernissen. Ein Beispiel für gelungenes Schnittstellenmanagement zur Verbesserung von Kommunikationsprozessen ist das Dienstleistungsangebot der professionellen Sprach- und Integrationsmittlung.

5 Professionelle Sprach- und Integrationsmittlung

Sprach- und Integrationsmittlung ist eine in Deutschland relativ neue Dienstleistung, die an der Schnittstelle zwischen Berater/Arzt und Klient/ Patient eingesetzt wird, um Kommunikationsprozesse zielgerichtet, erfolgreich und effizient zu gestalten. International ist Sprach- und Integrationsmittlung als Community Interpreting bekannt. Sprach- und Integrationsmittler (kurz: SprInt) sind meist Personen mit eigener Migrationserfahrung. Sie sind professionell ausgebildet und im Rahmen einer einheitlichen Zertifizierung tätig.

Die Funktion von SprInt kommt der von Brückenbauern im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen gleich. Sie überwinden Sprachbarrieren zwischen Patienten und deutschsprachigem Fachpersonal durch fachspezifisches Dolmetschen. Anders als herkömmliche Dolmetscher übersetzen sie das Gesagte nicht nur wortwörtlich, sondern vermitteln auch soziokulturell. Mit ihrem Hintergrundwissen über die

Herkunftskultur des Patienten und das deutsche Gesundheitssystem tragen SprInt zur Situationsanalyse bei und beheben Informationsdefizite. Sie weisen zum Beispiel das Fachpersonal auf kulturspezifische Bedürfnisse der Patienten hin und erklären dem Patienten relevante Besonderheiten oder fachkulturelle Spezifika der deutschen Einrichtung. Bei Bedarf intervenieren sie, um Missverständnisse aufzuklären oder Konflikte zu entschärfen (Tamayo, 2010, S. 285-286). Im Sinne der „Integrationsassistenz“ (Otmán, 2007) sind sie zudem in der Lage, die Fachkräfte des Gesundheitswesens und der sozialen Arbeit mit Migranten bei längeren Assistenzaufgaben zu unterstützen. Ihr Berufsethos verpflichtet Sprach- und Integrationsmittler zu Verschwiegenheit, Neutralität und Verantwortung. Dazu gehört es Transparenz über alles Gesprochene herzustellen und eine klare Rollenteilung mit dem Auftraggeber zu wahren, der die Gesprächsleitung behält. Gerade die Verschwiegenheit erhöht neben der Tatsache, dass die Patienten in einer für sie verständlichen Sprache informiert und betreut werden, die Chancen auf den raschen Aufbau einer Vertrauensbasis (Tamayo, 2011, S. 8). Diese gilt als wichtige Grundlage, um Kommunikationssituationen in der Krankenhausversorgung erfolgreich zu gestalten – z. B. bei der Patientenaufklärung, der Diagnose, der Compliance oder im Rahmen des Entlassungsmanagements.

Die Einsatzfelder der Mittler sind vielfältig. Ein typischer Einsatz im Krankenhaus ist die Einbindung von SprInt bei der Behandlung von frühgeborenen Kindern in sozialpädiatrischen Zentren. Die Mittlertätigkeit beginnt hier beim Aufklärungsgespräch mit fremdsprachigen Eltern, die über den Gesundheitszustand des Frühchens und angezeigte therapeutische Maßnahmen informiert werden. Durch die muttersprachliche Aufklärung verstehen die Eltern die Situation besser. Dadurch wird die Compliance bei Maßnahmen verbessert, welche die Eltern ohne das Beisein einer Fachkraft durchführen können (Timmen, 2012).

Ein weiterer Einsatzbereich für Sprach- und Integrationsmittler ist die interkulturelle Psychiatrie oder Psychotherapie, beispielsweise für Patienten aus Kriegsgebieten, die unter einer Traumatisierung leiden. Der Muttersprache kommt hier als „Träger von Emotionen und Identität“ (Schouler-Ocak, 2010, S. 4) eine besondere Bedeutung zu. Eine muttersprachliche Behandlung ist aufgrund der geringen Zahl von Therapeuten mit der gleichen Muttersprache wie Flüchtlingspatienten in der Regel nicht möglich. Um den Bedeutungsverlust in der Übersetzung möglichst gering zu halten, wird der Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlern empfohlen (Shouler-Ocak 2005, S. 21). Neben der rein sprachlichen Vermittlung unterstützen diese den Therapeuten zudem, indem sie ihm Kontextwissen über die Herkunftskultur des Patienten mitliefern. Kenntnisse der Herkunftskultur der Patienten sind unerlässlich, da jede Kultur unterschiedliche Ausdrucksformen für seelische Probleme findet. U.a. laufen Therapeuten mit einem abweichenden kulturellen Hintergrund als ihre Klienten Gefahr, Symptome zu übersehen, wenn sie diese z. B. als kulturspezifische, aber „gesunde“ Verhaltensweise interpretieren (Cagala, 2008, S. 235). Sprach- und Integrationsmittler können hier gegensteuern, indem sie ihr Wissen über kulturspezifische Erklärungsmodelle für Entstehungsbedingungen, Symptome, Verläufe und Behandlungsmöglichkeiten einer seelischen Erkrankung in die Therapie mit einbringen. SprInt sind aufgrund ihrer fundierten Ausbildung für den Einsatz im therapeutischen Setting gut geeignet. Sie vermeiden typische Fehlerquellen, die beim Einsatz mit Laiendolmetschern auftreten, wie etwa das Auslassen, Hinzufügen oder Vereinfachen von Informationen (Vasquez, et al., 1991, S. 164, zitiert in Cagala, 2008, S. 243). SprInt übersetzen im Therapiegespräch das Gesagte wortwörtlich. Erst in Vor- oder Nachgesprächen geben sie den Therapeuten Hinweise über kultur- und migrationspezifische Aspekte. Therapeuten schätzen an der Arbeit mit SprInt zudem, dass sie sich im Therapiegespräch auf die non-verbale Kommunikation des Patienten konzentrieren und so den emo-

tionalen Gehalt des Gesagten besser einschätzen können (Timmen, 2012). Zu den Nutzern von SprInt gehören neben Kliniken und psychiatrischen Einrichtungen auch Träger der Kinder- und Jugendhilfe, Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände, Arbeitsvermittlungen, Schulen und KiTas.

6 Qualifizierung zum Sprach- und Integrationsmittler

Die Ausbildung zum Sprach- und Integrationsmittler dauert 18 Monate und wird nach bundesweit einheitlichen, hohen Qualitätsstandards durchgeführt³. In mehreren Praktika sammeln die Teilnehmer intensive Erfahrungen in verschiedenen Arbeitsfeldern. In der theoretischen Phase werden insgesamt 20 Fächer unterrichtet, u.a. fachspezifisches Deutsch, Dolmetschtraining, interkulturelle Kommunikation, Grundkenntnisse in der Migrationssoziologie, Strukturen und Grundlagen des Gesundheitswesens. Die Teilnehmer werden dazu befähigt, interkulturelle Aspekte sowie kulturbedingtes Verhalten in einer Gesprächsführung zu erkennen und aufzugreifen. Die Abschlussprüfung wird für den Gesundheitsbereich vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, für den Bereich des Dolmetschens von der Universität Mainz und für den Bereich Soziale Arbeit von der Alice-Salomon-Hochschule Berlin abgenommen. Die Teilnehmer erhalten das bundesweit einheitliche SprInt-Zertifikat. Durch die Zertifizierung können sich SprInt-Kunden an allen Standorten auf eine gleichbleibend hohe Qualität der Dienstleistung verlassen. Um die Standardisierung der Dienstleistung weiter voranzubringen, arbeitet eine bundesweite Arbeitsgruppe⁴ an der staatlichen Anerkennung des Berufsbildes „Sprach- und Integrationsmittler/-in“.

7 Wirksamkeit von professionellen Mittlern

Die Wirksamkeit speziell ausgebildeter Mittler ist im Gesundheitswesen hinreichend nachgewiesen: Gehrig, et al. (2012)

³ Mittlerweile wurden bundesweit rund 100 Personen nach diesem Modell ausgebildet.

⁴ Für weitere Hinweise zur Berufsbildentwicklung und zur Bundesarbeitsgruppe siehe <http://www.sprint-transfer.de/berufsbild>

stellten in ihrer Untersuchung des interkulturellen Dolmetschens⁵ im Rahmen des zweiten Gesundheitsmonitorings der Schweizer Migrationsbevölkerung fest, dass sich der Einsatz von interkulturellen Dolmetschern positiv auf Vorsorgeverhalten, Genesungsprozess und zukünftigen Gesundheitszustand allophoner Patienten auswirkt. Für Bischoff und Steinauer (2007) ist der Einsatz professioneller Mittler diejenige Strategie, die zur besten Behandlungsqualität bei fremdsprachigen Patienten führt. Karliner et al. (2007) analysierten 21 Studien mit empirischen Vergleichen zwischen professionellen und ad hoc-Dolmetschern in den Bereichen Kommunikation, Zugang zur klinischen Versorgung, Behandlungsergebnis und Patientenzufriedenheit. Die ausgebildeten Dolmetscher verbesserten die Qualität in allen vier gemessenen Bereichen so, dass nur noch schwache bis gar keine Unterschiede zwischen den Patienten mit und ohne sprachlichen Verständigungsproblemen festgestellt werden konnten. Dagegen traten im Vergleich zu ad hoc-Dolmetschern deutliche Qualitätsunterschiede auf.

8 Die Vermittlungszentrale: Service und effiziente Buchung von Sprach- und Integrationsmittlern

Die Dienstleistung der Sprach- und Integrationsmittler kann über regionale Vermittlungszentralen bedarfsgerecht und flexibel abgerufen werden.⁶ Das Angebot umfasst die Dienstleistungen: Sprach- und Integrationsmittlung bei Face-to-Face-Interaktionen mit Patienten bzw. Klienten mit Migrationshintergrund; Sprach- und Integrationsmittlung per Telefon; schriftli-

⁵ Interkulturelles Dolmetschen ist der Sprach- und Integrationsmittlung ähnliche Dienstleistung, die in der Schweiz bereits als Berufsbild anerkannt ist. Weiter Informationen siehe www.inter-pret.ch

⁶ Die Diakonie Wuppertal unterstützt durch das Transferzentrum Sprach- und Integrationsmittlung seit mehreren Jahren die Qualifizierung von SprInt und den Aufbau von Vermittlungszentralen im gesamten Bundesgebiet mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung. Mittlerweile existieren solche Vermittlungszentralen in: Aachen, Augsburg, Düsseldorf, Erfurt, Essen, Göttingen, Leipzig, Potsdam, Rostock und Wuppertal. Eine Übersicht über die Zentralen finden Sie auf www.sprint-transfer.de.

che Übersetzungen; Referententätigkeiten für Fortbildung etwa zu kulturspezifischen Themen oder bei Diversity Trainings. Die Zentralen sind als Pools von Sprach- und Integrationsmittlern strukturiert, die teils in Festanstellung, teils auf Honorarbasis beschäftigt sind. Die Poollösung stellt laut einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales die sinnvollste Vorgehensweise zur Etablierung eines flächendeckenden Angebots an Sprach- und Integrationsmittlung dar (Becker et al., 2010, S. 6 und S. 86-87).

Der Vermittlungsservice bietet für die Nutzer erhebliche Vorteile gegenüber internen oder ad hoc-Lösungen: Er richtet sich an alle Institutionen und Einrichtungen in einer Region und deckt den vorhandenen Bedarf an kultursensiblen Dolmetschereinsätzen in angemessener Qualität ab. Der Pool ist leistungsfähig im Sinne einer ständigen und kurzfristigen Verfügbarkeit von Sprach- und Integrationsmittlern. Er bietet ein breites Spektrum an Sprachen und Dialekten an. Die professionelle Organisation des Pools mittels einem Online-Bestellverfahren und dem Einsatz moderner Vermittlungssoftware reduziert die Suchkosten für Auftraggeber und vereinfacht die Organisation der Einsätze. Kunden erhalten einen zentralen Ansprechpartner für Buchungen und Abrechnungen. Die Zentrale kann zudem auf besondere Bedürfnisse der Kunden eingehen, sei es beim Abrechnungsverfahren oder auch hinsichtlich des Geschlechts, der regionalen Herkunft oder der Branchenkenntnis der eingesetzten Mittler.

9 Finanzierung von Sprach- und Integrationsmittlereinsätzen

Eine häufig auftauchende Frage ist die nach der Finanzierung der Einsätze. Das zu lösende Problem ist dabei weniger die Höhe der Kosten als die Zuordnung zur richtigen Kostenstelle. Bisher sind Krankenkassen nicht bereit, generell zusätzliche Mittel für Dolmetscherleistungen bereitzustellen, da es sich hierbei um keine medizinische Tätigkeit handele (Tamayo, 2011, S. 8). Aufgrund der nicht vorhandenen Regelfinanzierung haben viele Klini-

ken eigene Lösungen entwickelt, um die Einsätze zu finanzieren.

In der Praxis rechnen somatische Kliniken SprInt-Einsätze im Rahmen der Fallpauschale (DRG) gemäß §39 SGB V, §17 b KHG, sowie §2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ab. Dabei gilt der Grundsatz, dass im Rahmen des Versorgungsauftrags alle Leistungen zu erbringen sind, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten notwendig sind. In psychiatrischen Kliniken erfolgt die Finanzierung von Sprach- und Integrationsmittlung über die Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegegesetzverordnung – BpflV). Häufig gehen Kliniken, die schon länger mit SprInt arbeiten, dazu über, eigene Dolmetscherbudgets einzurichten (Tamayo, 2011, S. 8). So werden bürokratische Hürden abgebaut und die Einsätze lassen sich leichter in den Klinikalltag integrieren.

Die Erfahrung aus der Praxis der Vermittlungszentralen zeigt, dass die Bereitschaft zur Mobilisierung von Ressourcen mit der Sensibilisierung für die Notwendigkeit von guter interkultureller Kommunikation zusammenhängt. Möglichkeiten zur Finanzierung werden dann gefunden, wenn Kliniken die Vorteile der Sprach- und Integrationsmittlung – seien es Kostenersparnisse, effizientere Arbeitsabläufe oder zufriedenerer Patienten und Mitarbeiter – kennengelernt haben.

Die Mehrheit der Krankenhäuser ist jedoch noch nicht ausreichend für die Bedeutung einer hohen Kommunikationsqualität und die positive Wirkung von professionellen Mittlern sensibilisiert. Symptomatisch ist das Ergebnis einer Umfrage unter 35 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz in elf Städten mit hohem Migrationsanteil. Nur eines der Krankenhäuser würde einen professionellen Dolmetscher bei der Behandlung von Patienten mit begrenzten Sprachkenntnissen oder kulturellen Verständigungsbarrieren hinzuziehen, vier Krankenhäuser würden fremdsprachiges Personal hinzuziehen, 24 Krankenhäuser hofften auf Zufallsdolmet-

scher und sechs Krankenhäuser sahen die Verantwortung für die erfolgreiche Verständigung ganz bei den Patienten (Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, 2005, zitiert in: Razum et al., 2008, S. 114).

10 Finanzieller Nutzen von Sprach- und Integrationsmittlung

In der Diskussion um die Finanzierung von SprInt-Einsätzen sind sich Krankenhäuser zudem oft nicht der Kosten bewusst, die durch Fehlkommunikationen entstehen. Möglicherweise motivieren die erwarteten finanziellen Einsparungen Krankenhäuser zum verstärkten Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlern. Eine Kostenwirksamkeitsstudie in der Schweiz kam zu dem Schluss, dass die Einführung professioneller Sprach- und Integrationsmittlung den Charakter einer Investition habe: Zuerst kosten die Einsätze Geld und das Gesundheitswesen wird intensiver von Migranten genutzt, weil Zugangsbarrieren wegfallen. Die Investition zahle sich aber durch einen mittel- bis langfristig verbesserten Gesundheitszustand der Zuwanderer aus (Gehrig et al., 2009).

Muela Ribera et al. (2008, S. 17-21) zeigen das Einsparpotenzial, dass sich durch den Einsatz von professionellen Mittlern ergibt, an zwei Rechenbeispielen aus der Behandlung von Diabetespatienten. So verweilen stationär behandelte Diabetespatienten mit Sprachbarrieren im Durchschnitt 1,8 Tage länger im Krankenhaus verglichen mit Patienten ohne Sprachschwierigkeiten. Eine Hochrechnung für Belgien ergab hier ein Einsparpotenzial von 1.804.302 € in 6 Monaten, wenn durch Dolmetschereinsätze dieser Unterschied nivelliert würde - eine Summe, von der zum Beispiel 90 Dolmetscher-Vollzeitstellen finanziert werden könnten. Ein zweites Rechenbeispiel aus dem US-amerikanischen Raum bezieht sich auf den „diabetischen Fuß“ mit erhöhtem Amputationsrisiko, ein Problem das zwischen 3% und 8% der Diabetespatienten betrifft. Bis zu 20% der Gesamtkosten im Diabetesbereich sind auf die Behandlung des „diabetischen Fußes“ zurückzuführen. Dabei könnte eine frühzeitige Entdeckung

dieses Symptoms und eine entsprechende Behandlung 50% der Amputationen vermeiden. Häufig wird die rechtzeitige Diagnose des diabetischen Fußes aber durch Kommunikationsprobleme verhindert, da der fremdsprachige Patient die typischen Hautveränderungen dem behandelnden Arzt nicht mitteilt. Dabei entstände, wenn durch die Intervention eines Dolmetschers auch nur ein Fall von Wundbrand beim Fuß vermieden würde, im Gesundheitswesen eine Kostenersparnis in Höhe des Jahresgehalts dieses Dolmetschers (über 40.000 US \$).

11 Fazit

Trotz der erhöhten Notwendigkeit einer professionellen, interkulturellen Kommunikation im Krankenhaus wurde bisher noch keine systematische Antwort auf die neuen Herausforderungen in Verbindung mit der gestiegenen kulturellen und sprachlichen Vielfalt gefunden. Bisherige Angebote zur Überwindung von Verständigungsbarrieren reichen in ihrer Qualität oder Verfügbarkeit nicht aus um die vorhandenen Kommunikationsdefizite ausreichend zu beheben.

Die Dienstleistung der Sprach- und Integrationsmittler bietet eine professionelle Lösung mit hohen, bundeseinheitlichen Qualitätsstandards, die zudem über Vermittlungszentralen einfach abgerufen werden kann. Der Einsatz professioneller Mittler wirkt sich positiver auf den Gesundheitszustand, den Zugang zu Versorgungsleistungen und die Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit aus als dies beim Einsatz von Laiendolmetschern der Fall ist.

Auch die Frage der Finanzierung von SprInt-Einsätzen wird in der Praxis von vielen Kliniken bereits beantwortet. Lösungen wie die Einrichtung interner Dolmetscherbudgets werden dann geschaffen, wenn medizinisches Fachpersonal und Krankenhausmanagement über den Nutzen professioneller Mittlertätigkeiten aufgeklärt sind. Dies erfolgt am effektivsten über die persönliche Erfahrung mit SprInt.

Die Mehrheit der Krankenhäuser ist jedoch bisher unzureichend für die Notwendigkeit einer besseren interkulturellen Kommunikation sensibilisiert. Weitere Aufklärungsarbeit und ein Umdenken von Entscheidungsträgern hin zu einem inklusiven Verständnis des eigenen Versorgungsauftrages sind notwendig. Deshalb sollte das Thema Kommunikationsqualität systematisch in Organisationsentwicklungsprozessen aufgegriffen werden. Professionelle Sprach- und Integrationsmittler sollten als Instrument im Rahmen des Diversity Management oder Qualitätsmanagement genutzt werden. Ein weiterer Ansatz stellt die interkulturelle Fortbildung für medizinisches Fachpersonal im Rahmen der Personalentwicklung dar. Der offensive Einsatz von professionellen Sprach- und Integrationsmittlern kann nicht zuletzt im Krankenhausmarketing als Qualitätsmerkmal gelten und im Wettbewerb um ausländische Patienten und Patienten mit Migrationshintergrund genutzt werden.

12 Literaturverzeichnis

- Albrecht N.J. (2002) Zur Interkulturellen Kompetenz in der Kommunikation mit Migranten: Praxis und Anspruch. In: Trojan A, Döhner H (Hrsg): Gesellschaft, Gesundheit, Medizin.1. Auflage. Mabuse-Verlag. Frankfurt a. M., S. S. 289-302.
- Becker C., Grebe T., Leopold E. (2010) Sprach- und Integrationsmittler/-in als neuer Beruf. Eine qualitative Studie zu Beschäftigungspotenzialen, Angebotsstrukturen und Kundenpräferenzen. Gesellschaft für Innovationsforschung. Berlin.
- Bischoff A., Steinauer R. (2007) Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse. Pflege. Jg. 20, Nr. 6, S. 343-351.
- Bahadir Ş. (2009) Müssen alle bikulturellen Krankenhausmitarbeiter/innen dolmetschen (können/wollen)? In: Falge C., Zimmermann G. (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Nomos. Baden-Baden. S. 171-186.
- Borde T., David M. (2007) Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern – lohnt sich das? In: Albrecht N.J., Falge C., Zimmermann G. (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. IKO – Verlag für Interkulturelle Kommunikation. Frankfurt a. M., London. S. 46-55.
- Borde T., David M. (2004) Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. Journal of the Turkish German Gynecological Association. Jg. 5, Nr. 4., S. 130-137.
- Borde T., David M. (2003) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag. Frankfurt a. M.
- Borde T., Braun T., David M. (2003) Inanspruchnahme klinische Notfallambulanzen. Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum.
- Bouncken R., Pfannstiel M., Reuschl A. (2012) FAQ: Was Krankenhäuser über Produktivität wissen sollten. AWV-Informationen 4, S. 18-21.
- Cagala E. (2008) Eine Frage der Menschlichkeit? Psychotherapie traumatisierter Flüchtlinge mit Dolmetscherinnenbeteiligung. In: Grbić N., Pöllabauer S. (Hrsg.): Kommundolmetschen / Community Interpreting. Probleme – Perspektiven – Potenziale. 2. Auflage Berlin, Frank & Timme. S. 221-252.
- Collatz J. (2001) Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Thomas H., Ramazan S. (Hrsg): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag. Bonn. S 52-63.
- Falge C. (2007) Deutschland ein Einwanderungsland? Die interkulturelle Öffnung der Bremer Krankenhäuser als kritischer Testfall, In: Albrecht N.J., Falge C., Zimmermann G. (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. IKO – Verlag für Interkulturelle Kommunikation. Frankfurt a.M., London. S. 134-168.
- Flores G. (2005) The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. Medical Care Research And Review. Vol 62, No. 3, pp. 255-299.
- Gehrig M., Calderón R., Guggisberg J., Gardiol L. (2012) Einsatz und Wirkung von interkulturellen Übersetzern in Spitälern und Klinken. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien. Bern.
- Gehring M., Graf I. (2009) Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien. Bern.
- Geiger I. (2006) Managing Diversity in Public Health. In: Razum O., Zeeb H., Laaser U. (Hrsg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Hubert Verlag. Bern. S. 163- 176.
- Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin: Gesetz zur Regelung von Partizipation und Integration in Berlin (PartIntG), 28.12.2010.

- BioCon Valley (Hrsg.): Gesundheit grenzenlos: Die Gesundheitswirtschaft als Wegbereiter des Gesundheitswesens. Konferenzbericht 7. Nationale Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft, 27. und 28. Juni 2011.
- Ghaen Z. (1999) Krank in der Fremde. Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken. CINCO centre- of intercultural communication GmbH. Frankfurt a.M..
- Timmen H., Projektleiterin SprIntpool-Wuppertal (2012) Persönliches Interview, geführt von den Verfassern. 30. Oktober 2012. Wuppertal.
- Karl-Trummer U., Krajic K., Novak-Zezula S., Pelikan J.M. (2006) Das "Migrantenfremdliche Krankenhaus": Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Europäischen Projekt. Verlag für Gesundheitsförderung. (2. Gemeinsame Konferenz der Deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser - "Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus - Krankenhaus mit Zukunft"). Berlin.
- Karliner L.S. et. al (2007) Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. Health Services Research. Vol. 42, Nr. 2., pp.727-754.
- Muela Ribera J., Hausmann-Muela S., Grietens K.P., Toomer E. (2008) Is the use of interpreters in medical consultations justified? A critical review of the literature. PASS International.
- Otman A. (2007) Plädoyer für ein neues Berufsbild in der Integrationsarbeit. Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, Vol 1, pp. 67-73.
- Razum O. et al. (2008) Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. Robert-Koch-Institut. Berlin.
- Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2005): Markttransparenz im Gesundheitswesen. Ein Projekt der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen, gefördert vom Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (unveröffentlicht).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2007) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Wiesbaden.
- Schouler-Ocak M. (2010) Einfluss von Sprach- und Kulturmittlern auf den diagnostischen Prozess. Abstractbuch zum VII. Deutsch-Türkischer Psychiatriekongress der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit. S. 21.-25.
- Schouler-Ocak M. (2005) Traumazentrierte Psychotherapie bei Migranten: Bedeutung kulturspezifischer Einflussfaktoren. Journal of the Turkish German Gynecological Association Jg. Jg. 6, Nr? 1, S. 17-22.
- Tamayo M. (2011) Nur die Hälfte zu verstehen, reicht nicht. Blickpunkt öffentliche Gesundheit. Nr. 4. S. 8.
- Tamayo M. (2010) Sprach- und Integrationsmittler, Gemeindedolmetscher, Community Interpreter: Eine professionelle Strategie zum Abbau von Ungleichbehandlung. Migration und Soziale Arbeit, Jg. 3, Nr. 4, S. 283-289.
- Vasquez C., Rafael A.J. (1991) The Problem With Interpreters: Communication With Spanish-Speaking Patients. Hospital and Community Psychiatry. Vol. 42, No. 2, pp. 163-165.
- Weiss R. (2003) Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Seismo Verlag. Zürich.

Autorenbiografien

Fabian Junge ist wissenschaftlicher Mitarbeiter mit dem Schwerpunkt Öffentlichkeitsarbeit am Transferzentrum Sprach- und Integrationsmittlung der Migrationsdienste der Diakonie Wuppertal. Er studierte Politikwissenschaft in Berlin, Marburg und Singapur. Aus seiner mehrjährigen Tätigkeit in der Menschenrechts- und Entwicklungszusammenarbeit in Südostasien ist er mit den Fallstricken interkultureller Kommunikation gut vertraut.

Antje Schwarze ist wissenschaftlicher Mitarbeiterin am Transferzentrum Sprach- und Integrationsmittlung. Ihren Schwerpunkt legt die Ethnologin auf die Beratung zur Qualifizierung professioneller Sprach- und Integrationsmittler/-innen und zum Aufbau von Vermittlungszentralen. Von 2009 bis 2011 leitete Schwarze das Transferzentrum und entwickelte das Curriculum und Prüfungskonzept für die Ausbildung von Sprach- und Integrationsmittler/-innen mit. Zuvor war sie viele Jahre im Bereich der Organisationsentwicklung, beruflichen Bildung und Integrationsarbeit tätig.

Für weitere Informationen stehen zur Verfügung:

Servicestelle Sprach- und Integrationsmittlung

Antje Schwarze, wissenschaftliche Mitarbeiterin

schwarze@migrationsdienst-wuppertal.de

Fabian Junge, wissenschaftlicher Mitarbeiter | Öffentlichkeitsarbeit

junge@migrationsdienst-wuppertal.de

Diakonie Wuppertal - Migrationsdienste

Ludwigstr. 22

42105 Wuppertal

Tel.: 0202/ 97444-724

www.sprachundintegrationsmittler.org

www.sprint-wuppertal.de