

Gemeinsam für mehr Wissen.



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Dr. Karl Blum / Dr. Petra Steffen
unter Mitarbeit von Anne Golisch

Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen

Forschungsgutachten initiiert von der BKK vor Ort und vom
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des
Landes Nordrhein-Westfalen

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17
Fax.: 0211 / 47 051 – 19
Email: karl.blum@dki.de

Das Projekt „Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen“ wurde gefördert von:

gefördert vom:

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



BKK vor Ort

Düsseldorf, Dezember 2012

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	5
1.1	HINTERGRUND	5
1.2	BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN	7
1.3	BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR IN NORDRHEIN-WESTFALEN.....	9
1.4	FORSCHUNGSZIELE	15
2	METHODIK	16
2.1	ERHEBUNGSINSTRUMENT	16
2.2	ABLAUF DER ERHEBUNG.....	17
2.3	STICHPROBE UND RÜCKLAUF.....	17
3	PATIENTEN/-INNEN UND PERSONAL MIT MIGRATIONSGESCHICHTE	20
3.1	PATIENTEN/-INNEN MIT MIGRATIONSGESCHICHTE	20
3.2	DOKUMENTATION ZUR MIGRATIONSGESCHICHTE VON PATIENTEN/-INNEN	21
3.3	KRANKENHAUSPERSONAL MIT MIGRATIONSGESCHICHTE.....	23
3.4	DOKUMENTATION ZUR MIGRATIONSGESCHICHTE VON KRANKENHAUSPERSONAL	25
3.5	EINSTELLUNG VON PERSONAL MIT MIGRATIONSGESCHICHTE	25
4	MANAGEMENT UND ORGANISATION	28
4.1	STRATEGIE.....	28
4.2	KONTINUIERLICHER VERBESSERUNGSPROZESS	30
4.3	PERSONELLE ZUSTÄNDIGKEITEN	31
4.4	INFORMATIONSMATERIALIEN FÜR KRANKENHAUSPERSONAL.....	33
4.5	AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG.....	35
4.6	Dienstplanung	39
4.7	MARKETINGMAßNAHMEN	40
4.8	KOOPERATIONEN.....	41
5	INFORMATION UND KOMMUNIKATION	44
5.1	KOMMUNIKATIONSREGELN.....	44
5.2	FREMDSPRACHLICHE MATERIALIEN	45
5.3	VERANTWORTLICHKEITEN FÜR ÜBERSETZUNGEN.....	48
5.4	EINSATZPLANUNG FÜR ÜBERSETZUNGEN	50
5.5	FREMDSPRACHLICHKEIT DER KRANKENHAUSMITARBEITER	52
5.6	EINSATZ PROFESSIONELLER DOLMETSCHER	54
5.7	PATIENTENBEFRAGUNGEN	56

6	PATIENTENVERSORGUNG	57
6.1	DIAGNOSTIK UND THERAPIE.....	57
6.2	PSYCHOSOZIALE BETREUUNG	58
6.3	UNTERKUNFT.....	60
6.4	VERPFLEGUNG	62
6.5	WEITERE ANGEBOTE	63
7	AUSBLICK	65
7.1	NUTZEN EINER INTERKULTURELLEN ÖFFNUNG	65
7.2	UMSETZUNGSSTAND	66
7.3	VERBESSERUNGSBEDARF	67
7.4	DETERMINANTEN DER KULTURSENSIBILITÄT	69
8	DISKUSSION	71
8.1	ZUSAMMENFASSUNG	71
8.2	BEWERTUNG	75
8.3	PRAKTISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN	77
	LITERATUR	85
	ANHANG I – FRAGEBOGEN „KULTURSENSIBLES KRANKENHAUS“	84
	ANHANG II – ANSCHREIBEN ERSTBEFRAGUNG „KULTURSENSIBLES KRANKENHAUS“	99
	ANHANG III – ANSCHREIBEN NACHFASSAKTION „KULTURSENSIBLES KRANKENHAUS“ ..	100

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Der Anteil der Personen mit Migrationsgeschichte bzw. der Ausländeranteil in der Bevölkerung nehmen sukzessive zu. Dies stellt auch das Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen. So variieren beispielsweise Morbidität und Mortalität, Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sowie das Gesundheits- und Krankheitsverhalten kulturspezifisch.

Auch die Interaktion von Leistungserbringern und Patienten und Patientinnen bzw. ihren Angehörigen ist kulturell geprägt, also durch unterschiedliche Normen, Werte und alltagsweltliche Vorstellungen. So können etwa das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Tod sowie die Anforderungen und Erwartungen an die Versorgung interkulturell variieren. Kulturelle und sprachliche Barrieren sowie kulturbezogene Stereotypen können eine zielorientierte wie zielgruppenorientierte Behandlung erschweren.

Dies kann gleichermaßen zu Missverständnissen in der Kommunikation und psychosozialen Betreuung von Migranten und Migrantinnen wie Problemen in der Diagnostik, Therapie und Pflege führen. Mögliche Folgen sind eine Reduktion von Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit auf der einen Seite, aber auch Irritationen, Hilf- und Verständnislosigkeit bei den Leistungserbringern auf der anderen Seite.

Das Gesundheitswesen ist oft nur ungenügend auf die ethnische, kulturelle und religiöse Diversität von und Patienten und Patientinnen vorbereitet. Häufige Probleme in dieser Hinsicht sind in erster Linie:

- das Fehlen transkultureller Kompetenzen in den verschiedenen Gesundheitsberufen,
- die ausgeprägte Form kulturbezogener Stereotypen und Krankheitsvorstellungen,
- die mangelnde Sensibilität und Unwissenheit bei der interkulturellen Pflege,
- die unzureichende Anpassung von Räumlichkeiten und Verpflegung,
- Sprachbarrieren zwischen und Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte und behandelndem Personal,
- die mangelnde Ausrichtung des Managements von Gesundheitseinrichtungen auf Kultursensibilität.

Eine interkulturelle Öffnung bzw. die Kultursensibilität von Gesundheitseinrichtungen ist daher ein wirksames Mittel, um Gesundheitsleistungen zu optimieren, die Zufriedenheit aller Beteiligten zu verbessern und ggf. auch um Behandlungskosten zu senken.

Mit Blick auf eine kultursensible oder migrantenspezifische Versorgung nimmt das Krankenhaus eine besondere Stellung ein. Zum einen stellt es den größten Versorgungssektor im Gesundheitswesen dar, der nicht nur eine stationäre Akutversorgung sondern auch ambulante ärztliche und andere Leistungen vorhält. Zum anderen ist das Krankenhaus sowohl nach der Mitarbeiterstruktur als auch nach der Patientenstruktur sehr stark diversifiziert, was spezifische Anforderungen an die Leistungserbringung und Interaktion stellt. Die Krankenhausversorgung trägt zwar der kulturellen Vielfalt schon vielerorts Rechnung. Es fehlte allerdings bislang an einer dezidierten Bestandsaufnahme der Kultursensibilität von Krankenhäusern.

Vor diesem Hintergrund hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in Nordrhein-Westfalen (MGEPA) und die BKK vor Ort als gesetzliche Krankenkasse beim Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) eine Befragung zur Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen initiiert. Als für die Krankenhausversorgung und Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen zuständigem Ministerium stehen Fragen der Kultursensibilität der stationären Versorgung zwangsläufig auch im Fokus des MGEPA. Die BKK vor Ort weist unter ihren Versicherten einen hohen Anteil von Personen mit Migrationsgeschichte auf; deswegen unterstützt sie gezielt Aktivitäten für diese Klientel. Das Projekt fand in Kooperation mit der Faize Berger Management Services statt, welche die Projektberatung mit Blick auf migrationsspezifische Fragen übernommen hat. Darüberhinaus hat die Faize Berger Management Services maßgeblich an der Konzeptentwicklung, der Akquise der Projektpartner und dem Projektmanagement und der Projektorganisation mitgewirkt.

Zur Unterstützung der Studie wurde in enger Abstimmung mit dem MGEPA und der BKK vor Ort eine projektbegleitende Arbeitsgruppe eingesetzt. Ihr gehörten Experten bzw. Praktiker aus der Krankenhauspraxis sowie anderen Einrichtungen an. Maßgebliche Aufgaben der Projektgruppe waren die fachliche und methodische Unterstützung des Projektes, die Bestimmung wesentlicher Zielvorgaben sowie eine Bewertung der Ergebnisse. Im Rahmen des Projektes fanden zwei Workshops der Projektgruppe zu Projektbeginn und gegen Projektende statt.

Das Deutsche Krankenhausinstitut bedankt sich bei der BKK vor Ort und dem MGEPA für die finanzielle Förderung der Studie. Den Mitgliedern der projektbegleitenden Arbeitsgruppe und Frau Faize Berger danken wir für die gute Zusammenarbeit und die konstruktive Unterstützung des Projektes. Unser Dank gilt schließlich den beteiligten Krankenhäusern für ihre Teilnahme an der Befragung.

1.2 Begriffserläuterungen

Nachfolgend seien zunächst einige zentrale Begriffe dieser Studie erläutert und definiert. Zentral sind in diesem Zusammenhang vor allem die Begriffsdefinitionen für Ausländer und Ausländerinnen bzw. Personen mit Migrationsgeschichte sowie der Kultursensibilität und der transkulturellen Kompetenz.

Grundsätzlich sind zunächst Ausländer und Ausländerinnen und Personen mit Migrationshintergrund oder Migrationsgeschichte (Migranten) begrifflich voneinander abzugrenzen:

Nach der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes sind Ausländer alle Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind, d.h. nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Dazu zählen auch die Staatenlosen und die Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Deutsche, die zugleich eine andere Staatsangehörigkeit besitzen, zählen nicht zur ausländischen Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2012).

Verglichen damit ist der Migrantenbegriff weiter gefasst; zudem ist zwischen Personen mit Migrationshintergrund oder Migrationsgeschichte im engeren und weiteren Sinne zu unterscheiden:

Personen mit Migrationshintergrund oder Migrationsgeschichte im engeren Sinne sind Zugewanderte und in Deutschland geborene Ausländer/-innen sowie hier geborene Deutsche, die mit zumindest einem Elternteil im selben Haushalt leben, der zugewandert ist oder als Ausländer/-in in Deutschland geboren wurde. Personen mit Migrationshintergrund oder Migrationsgeschichte im weiteren Sinne umfassen auch in Deutschland geborene Ausländer/-innen sowie hier geborene Deutsche mit Migrationsgeschichte, die nicht mehr mit ihren Eltern in einem Haushalt leben (Statistisches Bundesamt, 2012). Sofern nicht ausdrücklich an-

ders vermerkt, ist im Weiteren ist aber nur noch allgemein von Personen mit Migrationsgeschichte die Rede.

Die Kultur beinhaltet erlernte und übermittelte Werte und Normen einer Gruppe, welche das Verhalten und Denken jedes einzelnen Menschen beeinflussen. Jedes Individuum wird sowohl durch die Religion, soziale Schicht und Herkunft, ebenso wie durch Bildung und Geschlecht geprägt. Auch die Vorstellungen bezüglich Gesundheit bzw. Krankheit, Pflege und Fürsorge sind untrennbar mit der jeweiligen Kultur verbunden (Knipper & Bilgin, 2009).

Die individuelle Berücksichtigung dieser kulturspezifischen Vorstellungen definiert die Kultursensibilität der Krankenhausversorgung: Konkret meint Kultursensibilität die Aufmerksamkeit für die kulturellen Prägungen und Bedürfnisse aller zu behandelnden und pflegenden Menschen im Krankenhaus sowie für die Folgen des medizinischen und pflegerischen Handelns. Kultursensibilität basiert u.a. auch auf der Einsicht der Kulturgebundenheit der eigenen Wahrnehmung und des eigenen Handelns (Knipper & Bilgin, 2009).

Vor diesem Hintergrund beinhaltet die transkulturelle Kompetenz des Krankenhauspersonals die Sensibilität für die im Einzelfall relevanten soziokulturellen Aspekte von Krankheit, medizinisch-pflegerischen Maßnahmen und insbesondere der sozialen Interaktion zwischen Personal und Patient/-in bei augenscheinlich bestehenden kulturellen und/oder ethnischen Unterschieden (Knipper & Bilgin, 2009).

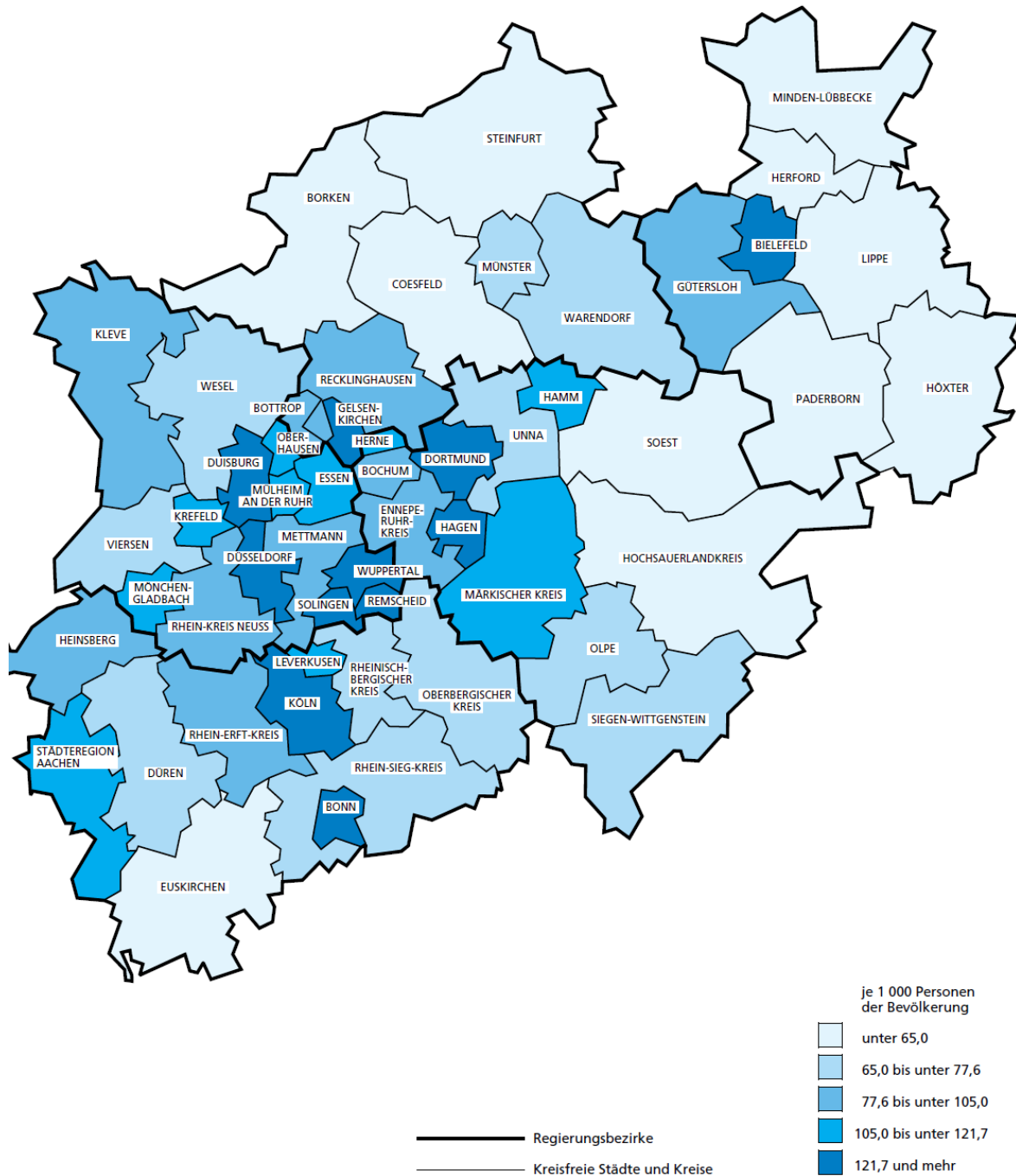
Der Einzelfallbezug bzw. die Bedürfnisorientierung einer kultursensiblen Versorgung ist dabei besonders hervorzuheben. D.h. nicht alle Patienten und Patientinnen eines bestimmten Kulturkreises oder einer bestimmten Religion sind kulturspezifisch zu behandeln, zu pflegen und zu betreuen, sondern nur insofern sie entsprechende Erwartungen und Wünsche direkt oder indirekt artikulieren. Bei Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte und weitreichender Integration in die hiesige Gesellschaft kann dies ggf. auch den (mehr oder weniger weitgehenden) Verzicht auf eine kultursensible Versorgung nach Maßgabe anderer Kulturen oder Religionen bedeuten. Die Grenzen zwischen kultursensibler Behandlung und individueller Patientenorientierung sind daher fließend. Für das Krankenhauspersonal besteht die Herausforderung insofern darin, die jeweils individuellen Erwartungen und Prägungen von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte zu erkennen, zu erfassen und dementsprechend zu handeln. Dies kann somit auch dazu führen, keine Unterschiede mehr zwischen Patienten und Patientinnen mit und ohne Migrationsgeschichte zu machen.

Nichtsdestotrotz liegt der Fokus dieser Studie primär auf Kultursensibilität im Sinne der Berücksichtigung spezifischer sprachlicher, kultureller und religiöser Besonderheiten der Herkunftsländer der Patienten und Patientinnen oder ihrer Elterngeneration. Wie groß der Anteil der Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte ist, die eine kultursensible Versorgung in diesem Sinne erwarten oder wünschen bzw. dies nicht tun, muss dabei ausdrücklich offen bleiben.

1.3 Bevölkerungsstruktur in Nordrhein-Westfalen

Die Relevanz einer kultursensiblen Versorgung im Krankenhaus lässt sich anhand der Bevölkerungsstatistik ablesen. Auf Basis der amtlichen Statistik sind zu diesem Zweck nachfolgend grundlegende Informationen zum Ausländer- und Migrantenanteil in Nordrhein-Westfalen dargestellt.

Zum Stichtag Ende 2010 gab es in NRW 1,8 Millionen Ausländer und Ausländerinnen, das sind rund 10% der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2010). Ihre Verteilung nach Kreisen und kreisfreien Städten kann der Abbildung 1 entnommen werden. Demnach konzentriert sich die ausländische Bevölkerung in NRW überproportional auf die Ballungsgebiete an Rhein und Ruhr.



Juelle: Ausländerzentralregister

Grafik: IT.NRW

Abb. 1: Verteilung der Ausländer nach Kreisen und kreisfreien Städten in NRW

Die große Mehrzahl der ausländischen Bürger in NRW stammt aus Europa (82%). Nach Herkunftsländern betrachtet, sind mehr als 30% der Ausländer und Ausländerinnen türkischer Herkunft. Die zweitgrößte Gruppe bilden Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien mit insgesamt rund 9%. Die Länder Italien, Polen, Griechenland, Holland und Russland (Russische Föderation) folgen auf den weiteren Rängen (Tabelle 1). Alle übrigen Herkunftsländer vereinen jeweils weniger als 2% der ausländischen Bevölkerung auf sich.

Nach Geschlecht gibt es überwiegend kaum Unterschiede zwischen dem Anteil der Frauen und Männer je Herkunftsland.

Tab. 1: Herkunftsländer von Ausländern in NRW

Herkunftsland	Prozentuale Anteile 2010	Männlich	Weiblich
Türkei	30,6	31,0	30,2
Italien	6,8	7,8	5,7
Polen	6,6	6,4	6,9
Griechenland	4,7	5,0	4,5
Niederlande	3,7	4,0	3,5
Serbien	2,5	2,5	2,6
Russische Föderation	2,4	1,8	3,0
Bosnien und Herzegowina	2,1	2,1	2,0
Kroatien	2,0	2,0	2,1
Kosovo	2,0	2,0	2,0

Etwa 4,2 Millionen Personen in Nordrhein-Westfalen haben eine Migrationsgeschichte im engeren Sinne. Das entspricht rund 24% der Gesamtbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mit 19% fällt der Anteil der Personen mit Migrationsgeschichte in Nordrhein-Westfalen damit überproportional aus (Abb. 2). Nach Geschlecht betrachtet, ist der Anteil von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund nahezu gleichverteilt.

Anzahl der Personen mit und ohne Migrationsgeschichte in Deutschland und in NRW 2010

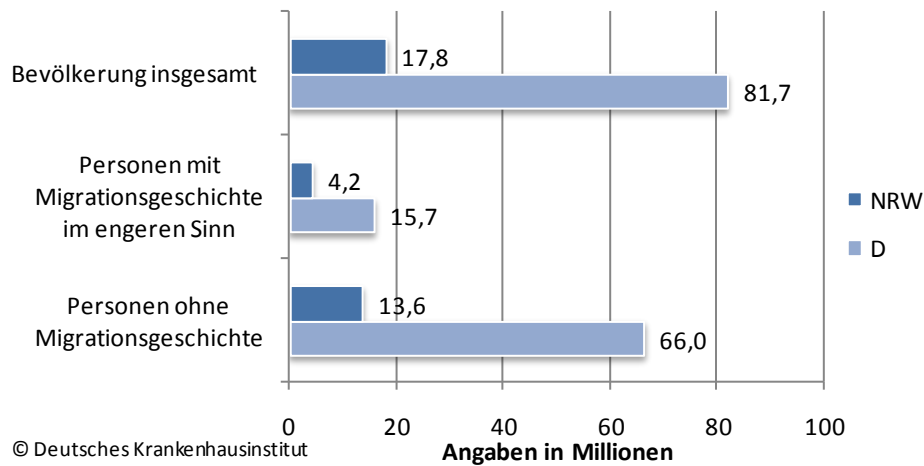


Abb. 2: Anzahl der Personen mit und ohne Migrationsgeschichte in Deutschland und in NRW 2010

Wie bei der Herkunft der Ausländer und Ausländerinnen, stammen auch Personen mit Migrationsgeschichte vorwiegend aus europäischen Ländern (65%). Ein Fünftel der Migranten und Migrantinnen in NRW hat einen türkischen Hintergrund. Neben der Türkei stammen die meisten Personen mit Migrationsgeschichte aus Polen (11,1%), Russland (6,0%) und Italien (4,0%) sowie dem ehemaligen Jugoslawien (Tab. 2, Statistisches Bundesamt, 2010).

Tab. 2: Herkunftsländer von Migranten in NRW

Herkunftsländer von Migranten in NRW	Prozentuale Anteile 2010
Türkei	19,2
Polen	11,1
Russische Föderation	6,0
Italien	4,0
Kasachstan	3,6
Griechenland	2,8
Serbien	1,6
Kroatien	1,5

Die Verteilung von Personen mit Migrationsgeschichte nach Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen kann im Einzelnen der Tabelle 3 entnommen werden. Ergänzt ist die Anzahl der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten in NRW auf Basis der DKI-Krankenhausdatei

Tab. 3: Verteilung von Personen mit Migrationsgeschichte nach Kreisen und kreisfreien Städten in NRW

Stadt / Kreis	Bevölkerung insgesamt (in Tausend)	Bevölkerung mit Migrationsgeschichte (in Tausend)	Bevölkerung mit Migrationsgeschichte (in Prozent)	Anzahl Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten
Aachen	565	145	26	9
Bielefeld	323	97	30	6
Bochum	380	96	25	9
Bonn	320	83	26	9
Borken	370	51	14	8
Bottrop	108	29	27	2
Coesfeld	193	15	8	4
Dortmund	581	166	29	10
Duisburg	491	141	29	10
Düren	279	58	21	5
Düsseldorf	586	181	31	11
Ennepe - Ruhr - Kreis	315	64	20	9
Essen	575	128	22	11
Euskirchen	191	30	16	3
Gelsenkirchen	259	71	28	6
Gütersloh	346	84	24	4
Hagen	208	73	35	7
Hamm	184	57	31	5
Heinsberg	244	47	19	4
Herford	257	62	24	4
Herne	161	47	29	5
Hochsauerlandkreis	274	46	17	12
Höxter	145	20	14	5
Kleve	295	56	19	6

Tab. 4: Verteilung von Personen mit Migrationsgeschichte nach Kreisen und kreisfreien Städten in NRW (Fortsetzung)

Köln	997	314	31	18
Krefeld	248	69	28	4
Leverkusen	177	58	33	3
Lippe	349	79	23	2
Märkischer Kreis	433	126	29	12
Mettmann	496	113	23	8
Minden - Lübbecke	318	59	19	6
Mönchengladbach	265	54	20	6
Mülheim an der Ruhr	172	44	26	2
Münster	281	57	20	7
Oberbergischer Kreis	269	75	28	6
Oberhausen	210	50	24	6
Olpe	125	28	22	3
Paderborn	302	79	26	6
Recklinghausen	640	127	20	15
Remscheid	108	35	32	2
Rhein - Sieg - Kreis	598	114	19	9
Rhein - Erftkreis	464	86	19	7
Rheinisch - Berg- ischer Kreis	273	48	18	4
Rheinkreis Neuss	443	96	22	5
Siegen - Wittgenstein	298	61	20	9
Soest	300	66	22	9
Solingen	164	50	31	3
Steinfurt	442	61	14	8
Unna	411	92	22	8
Viersen	294	33	11	7
Warendorf	300	50	17	5
Wesel	470	67	14	8
Wuppertal	350	116	33	5

1.4 Forschungsziele

Im Projekt sollte die Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ermittelt und analysiert werden. In Umsetzung dieser allgemeinen Zielsetzung waren im Projekt vor allem die beiden folgenden zentralen Forschungsfragen zu beantworten:

- An welchen Kriterien kann die Kultursensibilität eines Krankenhauses festgemacht werden?
- Inwieweit sind die Kriterien in den NRW-Häusern umgesetzt?

Unter Kriterien können beispielsweise Sprach- und Kulturmittlung, Gebets- und Ruheräume, Verpflegung, Belegung, realisiertes Qualifizierungsniveau der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verstanden werden. Um die relevanten Qualitätsmerkmale kultursensibler Krankenhäuser zu erfassen, wurde die Fachliteratur zum Thema gesichtet und analysiert. Daneben wurden vorhandene Befragungsinstrumente zum Thema der Kultursensibilität recherchiert. Weiterer Input kam von einer projektbegleitenden Arbeitsgruppe (vgl. Kap. 1.1) sowie aus der Projektberatung durch Faize Berger Management Services.

Mit Blick auf die Kriterienumsetzung, der zweiten zentralen Forschungsfrage, sollte ausdrücklich kein krankenhausesbezogenes Benchmarking erfolgen, also kein individuelles oder namentliches Ranking der Krankenhäuser nach Maßgabe ihrer Kultursensibilität. Vielmehr war eine Bestandsaufnahme des Umsetzungsstandes der Krankenhäuser in NRW insgesamt intendiert. Hinsichtlich der praktischen Umsetzung dieser Studie sollten weniger etwaige Defizite im Umsetzungsstand angeprangert, als vielmehr Informationen zu Good-Practice-Beispielen vermittelt und Anregungen zu Verbesserungen bei dieser Patientenklientel aufgezeigt werden. Dabei war das krankenhausspezifische Patientenklientel zu berücksichtigen, d.h. wie groß der Anteil oder die Zusammensetzung im jeweiligen Krankenhaus und seinem Umfeld ist. Des Weiteren ist stets zu beachten, dass nicht jedes Krankenhaus alle fraglichen Aspekte der Kultursensibilität umgesetzt haben muss oder kann.

2 Methodik

2.1 Erhebungsinstrument

Grundlage der Krankenhausbefragung war ein weitestgehend standardisierter Fragebogen, der eigens für die Studie neu entwickelt wurde. Der Fragebogen umfasste 12 Seiten bzw. rund 300 Items und war in die folgenden neun Kapitel unterteilt:

- Betriebliche Organisation / Krankenhausmanagement
- Versorgung und Diagnostik
- Informations- und Kommunikationsverhalten
- Unterbringung, Verpflegung und religiöse Aspekte beim Aufenthalt
- Weitere kultursensibilitätsfördernde Aspekte
- Qualifizierung des Krankenhauspersonals
- Patienten mit Migrationsgeschichte
- Mitarbeiter mit Migrationsgeschichte
- Abschließende Einschätzung

Ein erster Entwurf des Erhebungsinstruments wurde im Rahmen eines Workshops mit der projektbegleitenden Arbeitsgruppe ausführlich diskutiert und analysiert. Der daraufhin erstellte zweite Entwurf des Erhebungsinstruments wurde anschließend nochmals einem schriftlichen Pretest durch die Arbeitsgruppenmitglieder unterzogen. Die Arbeitsgruppenmitglieder sollten das Instrument auf seine Inhaltsvalidität überprüfen, etwa hinsichtlich Verständlichkeit von Fragen und Antwortformaten, korrekter Terminologie und fehlenden oder ggf. redundanten Fragestellungen. Darüberhinaus wurden mit fünf Krankenhausmitarbeitern Think-aloud-Interviews durchgeführt, nach denen der Fragebogen jeweils nochmals überarbeitet wurde.

Auf jedem Fragebogen war eine Identifikationsnummer für das jeweilige Krankenhaus vermerkt. Diese diente zum einen der Rücklaufkontrolle. Zum anderen konnten darüber bestimmte Strukturdaten (wie Krankenhausgröße oder regionale Lage) aus der DKI-Krankenhausdatei zugeordnet werden, so dass diese nicht eigens erhoben werden mussten.

Der Fragebogen ist im Anhang I wiedergegeben.

2.2 Ablauf der Erhebung

Die Erhebungsunterlagen der Krankenhausbefragung (Anschreiben, Fragebogen, portofreies Rückkuvert) wurden postalisch versandt und waren jeweils an die Geschäftsführung des Krankenhauses adressiert. Laut Anschreiben war es der Geschäftsführung freigestellt, den Fragebogen selbst auszufüllen oder an eine entsprechende Stelle weiterzugeben (z.B. Qualitätsmanagement).

Die beteiligten Krankenhäuser konnten das Erhebungsinstrument alternativ postalisch oder online beantworten. Parallel zum postalischen Versand hat die Geschäftsführung daher per Email einen Link erhalten, mit dem sie sich in die Online-Befragung einloggen konnten. Ein entsprechender Zugang konnte auch anderweitig beim DKI angefordert werden.

Im Begleitschreiben wurden die Krankenhäuser u.a. ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Initiatoren des Projektes keinen Zugriff auf individuellen Daten oder Ergebnisse einzelner Krankenhäuser erhalten sollten, sondern die Ergebnisse nur aggregiert und anonymisiert dargestellt und weitergeleitet würden bzw. kein krankenhausbefragungsbezogenes Benchmarking erfolgen würde.

Die Krankenhausbefragung zum kultursensiblen Krankenhaus fand von Mitte April bis Ende Juni 2012 in zwei Erhebungsphasen statt (Ersterhebung und Nachfassaktion). Die Anschreiben an die Geschäftsführungen der Krankenhäuser sind in den Anhängen II und III wiedergegeben.

Die Erfassung und Auswertung der Erhebungsdaten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS.

2.3 Stichprobe und Rücklauf

Die Krankenhausbefragung zum kultursensiblen Krankenhaus basierte auf einer Vollerhebung in allen 357 Allgemeinkrankenhäusern in Nordrhein-Westfalen ab 50 Betten. Die Krankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z.B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die landesweit lediglich ca. 1% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

An der Erhebung nahmen 57 Krankenhäuser teil (Rücklaufquote: 16%). Der Rücklauf war somit insgesamt nicht zufriedenstellend und entsprach nicht den Erwartungen zu Projektbeginn.

Dies mag ggf. daran liegen, dass das Thema der Kultursensibilität bei einigen Krankenhäusern möglicherweise noch nicht die oberste Priorität besitzt. Des Weiteren ist nach einigen informellen Rückmeldungen von angeschriebenen Krankenhäusern nicht auszuschließen, dass die Unterstützung der Erhebung durch eine Krankenkasse u.U. für Irritationen bei einem Teil der Krankenhäuser gesorgt und insofern die Teilnahmebereitschaft geschmälert haben könnte. Dies gilt unbeschadet der schriftlichen Zusicherung, wonach die Initiatoren keine individuellen Daten oder Ergebnisse einzelner Krankenhäuser erhalten sollten, sondern die Ergebnisse nur aggregiert dargestellt und weitergeleitet würden.

Trotz des geringen Rücklaufs ist die Verteilung der Stichprobenkrankenhäuser nach ausgewählten Merkmalen näherungsweise proportional zur Merkmalsverteilung in der Grundgesamtheit. Dies lässt sich sowohl anhand der Merkmale *Krankenhausgröße* und *Regionsgrundtyp* als auch anhand des im Kontext dieser Untersuchung besonders wichtigen Merkmals *Migrantenanteil im Einzugsgebiet* belegen (Tab. 4):

Nach Bettengrößenklassen waren kleinere Krankenhäuser bis 300 Betten mit knapp 50% in der Stichprobe leicht unterrepräsentiert. Größere Krankenhäuser ab 600 Betten waren mit 12% in der Stichprobe etwas überproportional vertreten. Der Anteil der Krankenhäuser in der mittleren Bettengrößenklasse (300-599 Betten) entsprach mit 39% fast exakt dem Anteilswert in der Grundgesamtheit.

Gemäß den amtlichen Raumordnungskategorien werden - vor allem in Abhängigkeit von zentraler Lage, Bevölkerungszahl und Bevölkerungsdichte – drei sog. Regions(grund)typen unterscheiden (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2012): Agglomerationsräume, städtische und ländliche Räume (wobei es in Nordrhein-Westfalen keine ländlichen Räume im Sinne dieser amtlichen Raumordnungskategorien gibt). Auch nach Regionsgrundtypen entspricht die Stichprobenverteilung der Verteilung in der Grundgesamtheit. Demnach liegen 77% der Stichprobenkrankenhäuser in Agglomerationsräumen. In der Grundgesamtheit der nordrhein-westfälischen Allgemeinkrankenhäuser sind es 79%. Der Rest entfällt auf städtische Räume.

Von besonderem Interesse mit Blick auf die vorliegende Studie ist aus naheliegenden Gründen der Migrantenanteil im Einzugsgebiet der Stichprobenkrankenhäuser. Der entsprechen-

de Anteilswert wurde anhand der Amtlichen Statistik über den Migrantenanteil in den jeweiligen Kreisen und kreisfreien Städten der Krankenhausstandorte ermittelt. Der Migrantenanteil an den Standorten der Stichprobenkrankenhäuser lag demnach im Durchschnitt bei 23% und entspricht somit fast exakt dem Migrantenanteil in Nordrhein-Westfalen mit insgesamt 24%.

Tab. 5: Stichprobe und Grundgesamtheit

	Stichprobe	Grundgesamtheit
Krankenhausgröße		
50 – 299 Betten	49%	56%
300 – 599 Betten	39%	37%
Ab 600 Betten	12%	7%
Regionsgrundtyp		
Agglomerationsräume	77%	79%
Städtische Räume	23%	21%
Migrantenanteile		
am Standort (Kreis / Kreisfreie Stadt) der Krankenhäuser	23%	24%

Trotz des alles in allem nicht zufriedenstellenden Rücklaufs sind die Daten für eine explorative Studie somit im Grundsatz belastbar. Damit wurden erstmalig für ein Bundesland in Deutschland auf statistisch breiterer Basis grundlegende Informationen zur Kultursensibilität der Krankenhäuser erfasst und analysiert.

3 Patienten/-innen und Personal mit Migrationsgeschichte

Einleitend sollen zunächst einige statistische Basisinformationen vermittelt werden; konkret geht es um den Migrantenanteil unter den Krankenhauspatienten und -patientinnen sowie dem Krankenhauspersonal. Für die Gesamtbevölkerung liegen zwar entsprechende Daten aus der Amtlichen Statistik vor. Für Patienten bzw. Patientinnen und Belegschaft im Krankenhaus wurden sie erstmalig für NRW im Rahmen der Befragung zum kultursensiblen Krankenhaus erhoben.

3.1 Patienten/-innen mit Migrationsgeschichte

Laut Amtlicher Statistik liegt, wie oben erwähnt, der Anteil der Personen mit Migrationsgeschichte im engeren Sinne in Nordrhein-Westfalen bei 24%. Dabei handelt es sich um zugewanderte und in Deutschland geborene Ausländer/-in sowie hier geborene Deutsche, die mit zumindest einem Elternteil im selben Haushalt leben, der zugewandert ist oder als Ausländer/-in in Deutschland geboren wurde (Statistisches Bundesamt, 2012).

In der Erhebung zum kultursensiblen Krankenhaus sollten die Befragungsteilnehmer für ihr Haus den Anteil der Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte für das Jahr 2011 taxieren. Demzufolge liegt der entsprechende Anteilswert im Mittel bei gut 17%.

Tab. 6: Patienten/-innen mit Migrationsgeschichte in NRW

Patienten/-innen mit Migrationsgeschichte in NRW	
<u>Durchschnittlicher Migrantenanteil unter Krankenhauspatienten in NRW:</u>	
17,4%	
<u>Vorherrschende Herkunftsländer/-regionen:</u>	
Türkei	
Russland/Russische Föderation	
Ex-Jugoslawien	
Polen	
Arabischer Raum/Naher Osten	
Griechenland	

Im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt würde der Migrantenanteil unter den Krankenhauspatienten und –patientinnen somit unterproportional ausfallen. In diesem Zusammenhang ist zum einen zu bedenken, dass Personen mit Migrationsgeschichte im Durchschnitt jünger sind als die übrige Bevölkerung und insofern auch eine geringere Krankenhausinanspruchnahme aufweisen. Zum anderen wird das Geburtsland der Patienten und Patientinnen oder ihrer Eltern in vielen Krankenhäusern nicht standardmäßig erfragt (vgl. Kap. 3.2), so dass für den Migrationsstatus der Patienten und Patientinnen vielfach keine Routinedaten vorliegen; eine Unterschätzung des entsprechenden Anteilswerts ist somit nicht völlig auszuschließen.

Unabhängig vom entsprechenden Anteilswert sollten die Krankenhäuser in einer offenen Frage überdies angeben, welche Wurzeln der größte Teil der Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte hat, also z.B. hinsichtlich ihres Herkunftslandes oder des Geburtslandes der Eltern. Entsprechend der Bevölkerungsstatistik dominieren hier eindeutig Patienten und Patientinnen türkischer Herkunft. Rund 80% der Häuser mit entsprechenden Angaben führten dieses Herkunftsland an. An zweiter Stelle rangieren Patienten und Patientinnen aus Russland bzw. der Russischen Föderation, die verglichen mit der Bevölkerungsstatistik somit deutlich überrepräsentiert wären.

Auf den weiteren Plätzen liegen Patienten und Patientinnen mit Wurzeln in Polen oder Ex-Jugoslawien, was dem überproportionalen Bevölkerungsanteil dieser Migrantengruppe entspricht. Weitere Herkunftsgebiete mit Mehrfachnennungen waren u.a. Griechenland und Länder des arabischen Raums.

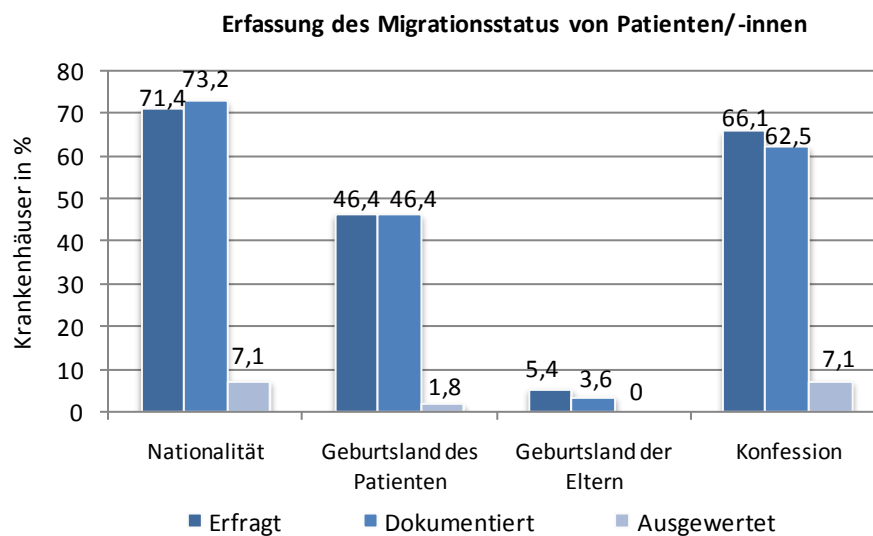
3.2 Dokumentation zur Migrationsgeschichte von Patienten/-innen

Eine zielgruppenorientierte Versorgung der Patienten und Patientinnen setzt ausreichende Informationen zur Migrationsgeschichte bzw. zu migrationsspezifischen Bedürfnissen voraus. Deswegen wurden die Krankenhäuser gefragt, inwieweit sie ausgewählte Informationen ihrer Patienten und Patientinnen standardmäßig (z.B. im Rahmen der Anamnese oder auf Station) erfragen, dokumentieren und auswerten. Zunächst sollten sie sich zu bestimmten soziodemografischen Aspekten ihrer Patienten/innen äußern:

Standardmäßig werden vor allem die Nationalität und die Konfession der Patienten und Patientinnen erfasst. Jeweils gut 70% der Befragten führten an, die Nationalität ihrer Patienten

und Patientinnen regelmäßig zu erfragen und zu dokumentieren. Mit Blick auf die Konfession lagen die entsprechenden Anteilswerte bei über 60%.

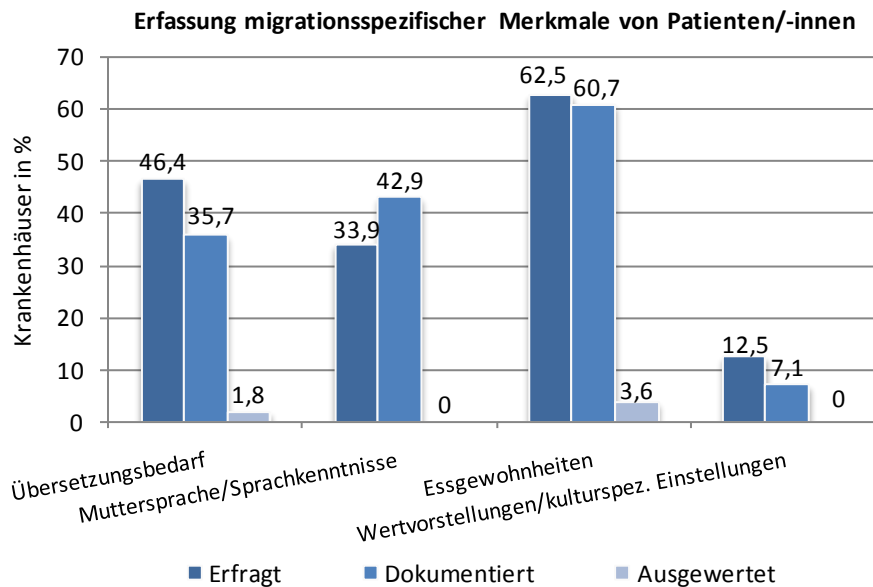
Die Migrationsgeschichte der Patienten und Patientinnen im engeren Sinne wird dagegen seltener direkt erfasst: Etwa jedes zweite Krankenhaus erfragt und dokumentiert standardmäßig das Geburtsland ihrer Patienten. Das Geburtsland der Eltern spielt in diesem Zusammenhang eine eher untergeordnete Rolle (Abb. 3).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Erfassung des Migrationsstatus von Patienten/-innen

Stattdessen werden migrationsspezifische Merkmale der Patienten und Patientinnen eher indirekt erfasst. Dies betrifft insbesondere die Sprachkenntnisse. So werden vielerorts die Muttersprache oder die Deutschkenntnisse der Patienten und Patientinnen sowie der Übersetzungsbedarf standardmäßig erfragt oder dokumentiert (Abb. 4). Auch spezifische Essgewohnheiten werden in rund 60% der Krankenhäuser erfasst.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Erfassung migrationsspezifischer Merkmale von Patienten/-innen

Des Weiteren werden über alle erfragten Aspekte hinweg migrationsspezifische Informationen zu den Patienten und Patientinnen vergleichsweise selten ausgewertet: Jeweils nur einzelne Krankenhäuser bereiten die entsprechenden Informationen gezielt auf.

3.3 Krankenhauspersonal mit Migrationsgeschichte

Analog zu den Patienten und Patientinnen sollten die Krankenhäuser auch für ihre Belegschaft den Anteil der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationsgeschichte taxieren. Stichtag war hier der 31.12.2011. Demnach lag der Anteil der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationsgeschichte in den Stichprobenkrankenhäusern im Mittel bei gut 14%. D.h. etwa jeder 7. Krankenhausmitarbeiter hat demzufolge eine Migrationsgeschichte.

Der Migrantenanteil unter den Krankenhausmitarbeitern und Mitarbeiterinnen fällt, ähnlich wie bei den Patienten und Patientinnen, somit im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt ebenfalls unterdurchschnittlich aus. Da auch hier keine routinemäßige Erfassung des Migrationsstatus erfolgt, ist eine Untererfassung gleichfalls nicht auszuschließen. Des Weiteren dürften Personen mit Migrationsgeschichte vielfach auch in den Servicebereichen der Kran-

kenhausversorgung zum Einsatz kommen (z.B. Küche, Reinigung, Wäscherei), die in vielen Krankenhäusern outgesourct sind.

Tab. 7: Krankenhausmitarbeiter/-innen mit Migrationsgeschichte in NRW

Krankenhausmitarbeiter/-innen mit Migrationsgeschichte in NRW	
<u>Durchschnittlicher Migrantenanteil unter Krankenhausmitarbeitern in NRW:</u>	
14,5%	
<u>Vorherrschende Herkunftsländer/-regionen von Ärzten:</u>	
Türkei	
Russland/Russische Föderation	
Osteuropa	
Arabischer Raum/Naher Osten	
Griechenland	
<u>Vorherrschende Herkunftsländer/-regionen von Pflegekräften:</u>	
Türkei	
Russland/Russische Föderation	
Polen	

Für die Herkunftsländer von Ärzten und Pflegekräften mit Migrationsgeschichte sollten die Krankenhäuser angeben, welche Wurzeln der größte Teil der jeweiligen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationsgeschichte hat, also z.B. hinsichtlich ihres Herkunftslandes oder des Geburtslandes der Eltern. Bei den Ärzten und Ärztinnen mit Migrationsgeschichte bezogen sich die häufigsten Nennungen auf die Türkei, Russland bzw. die Russische Föderation, Osteuropa (vor allem Polen und Rumänien), Griechenland sowie verschiedene Länder des Nahen Ostens.

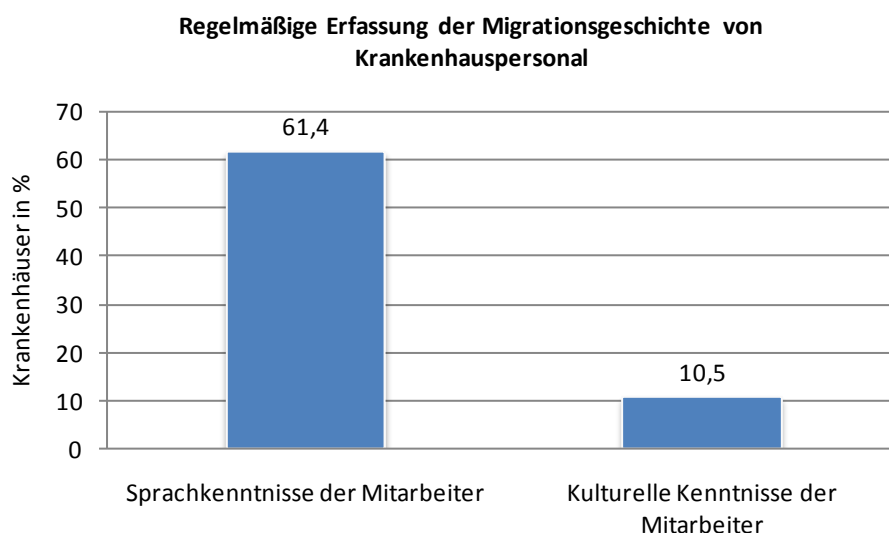
Bei den Pflegekräften mit Migrationsgeschichte waren insbesondere die Türkei, Russland bzw. die Russische Föderation sowie Polen die dominierenden Herkunftsländer. Daneben wurden des Öfteren weitere osteuropäische und südeuropäische Länder genannt (z.B. Rumänien, Portugal oder Griechenland).

3.4 Dokumentation zur Migrationsgeschichte von Krankenhauspersonal

Wie bei den Patienten und Patientinnen sollten die Krankenhäuser auch für die Mitarbeiter angeben, inwieweit sie die Migrationsgeschichte ihrer Belegschaft systematisch erfassen, konkret, welche Daten ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sie mit Blick auf die Patientenversorgung mit geringen Deutschkenntnissen regelmäßig erheben.

Demnach werden vor allem die Sprachkenntnisse der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vielfach erfasst. In gut 61% der Stichprobenkrankenhäuser ist dies regelmäßig der Fall.

Kulturelle Kenntnisse der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (z.B. hinsichtlich der Religion) werden dagegen eher selten erhoben. Nur in etwa jedem 10. Krankenhaus werden sie systematisch erfasst.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Regelmäßige Erfassung der Migrationsgeschichte von Krankenpersonal

3.5 Einstellung von Personal mit Migrationsgeschichte

Auch wenn mittlerweile der prozentuale Anteil von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Migrationsgeschichte in den Krankenhäusern relativ hoch ausfällt, erfolgt dies weniger aus strategischen Gründen. In den letzten fünf Jahren haben nur relativ wenige Krankenhäuser gezielt Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationsgeschichte eingestellt. Lediglich knapp 10% der Teilnehmer bejahten ausdrücklich die entsprechende Fragestellung.

Diese Häuser führten im Rahmen einer offenen Frage an, dass sie vor allem Ärzte oder Pflegekräfte mit türkischer Migrationsgeschichte oder Herkunft aus dem arabischen Raum bzw. dem Nahen Osten gezielt eingestellt haben.

Auch gezielte Anwerbungen von Pflegekräften aus dem Ausland finden bislang kaum statt. In nur gut 5% der Einrichtungen ist dies in den letzten fünf Jahren erfolgt. Als Beispiele für die vornehmlichen Herkunftsländer wurden hier Pflegekräfte aus Österreich, Polen oder Russland genannt (Abb. 6).

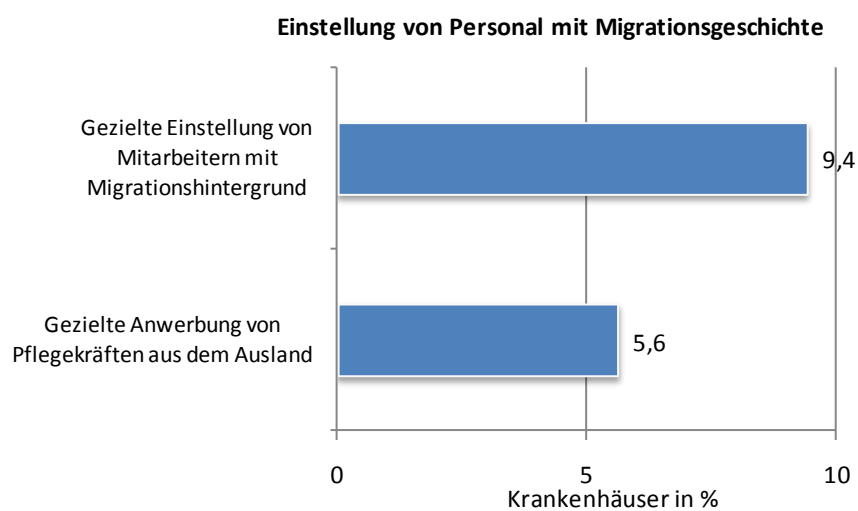


Abb. 6: Einstellung von Personal mit Migrationsgeschichte

Der künftige Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland wird jedoch deutlich höher eingeschätzt. Vier von fünf Krankenhäusern sind der Auffassung, dass entsprechende Anwerbungen aus dem Ausland künftig eine gute Möglichkeit darstellen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Selbst aktuell sieht rund ein Fünftel der Einrichtungen darin eine gute Möglichkeit zur Behebung von Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst (Abb. 7)

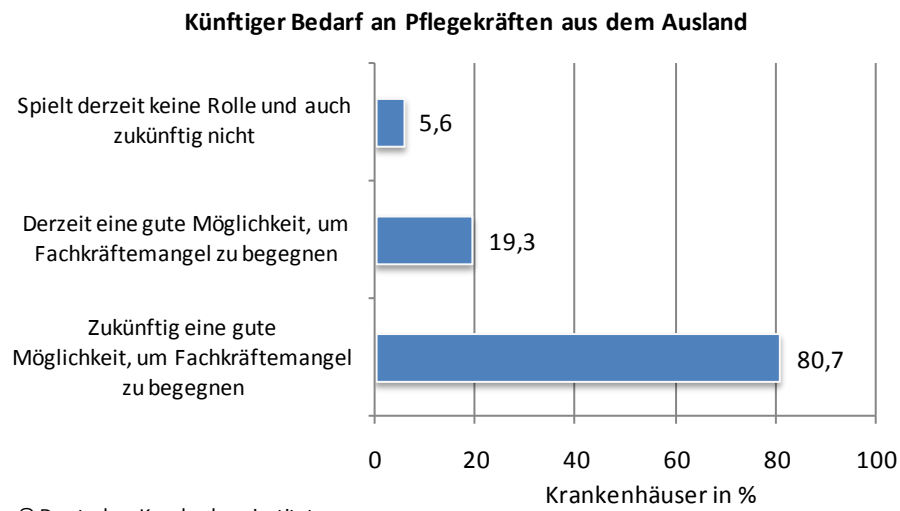


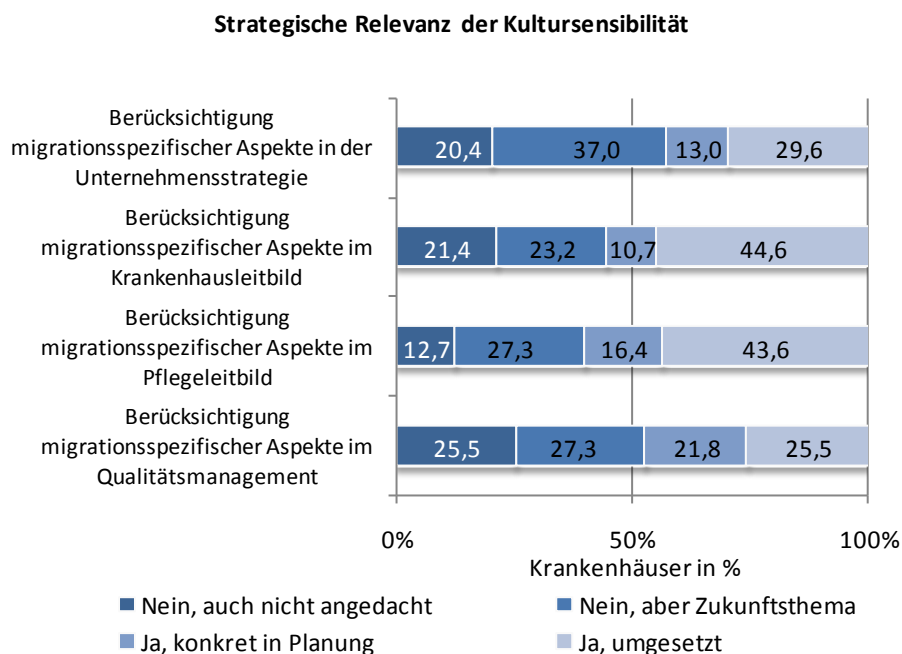
Abb. 7: Künftiger Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland

4 Management und Organisation

Die Umsetzung von Kultursensibilität erfordert eine entsprechende strategische Ausrichtung bzw. die Umsetzung zielgerichteter Maßnahmen des Krankenhausmanagements (Saladin, 2006): Deswegen befasste sich eine Reihe von Fragen in der Krankenhauserhebung gezielt mit dem Management und der Organisation von Kultursensibilität sowohl auf der strategischen Ebene, etwa mit Blick auf Strategie und Verantwortlichkeiten, als auch auf der operativen Ebene hinsichtlich der Personal- und Organisationsentwicklung.

4.1 Strategie

Einleitend sollten die Krankenhäuser angeben, inwieweit die Berücksichtigung migrationspezifischer Aspekte für sie von strategischer Relevanz ist. Konkret wurde danach gefragt, ob Aspekte der Kultursensibilität in der Unternehmensstrategie, in Leitbildern oder im Qualitätsmanagement umgesetzt bzw. in Planung sind. Die diesbezüglichen Häufigkeitsverteilungen können der Abbildung 8 entnommen werden.



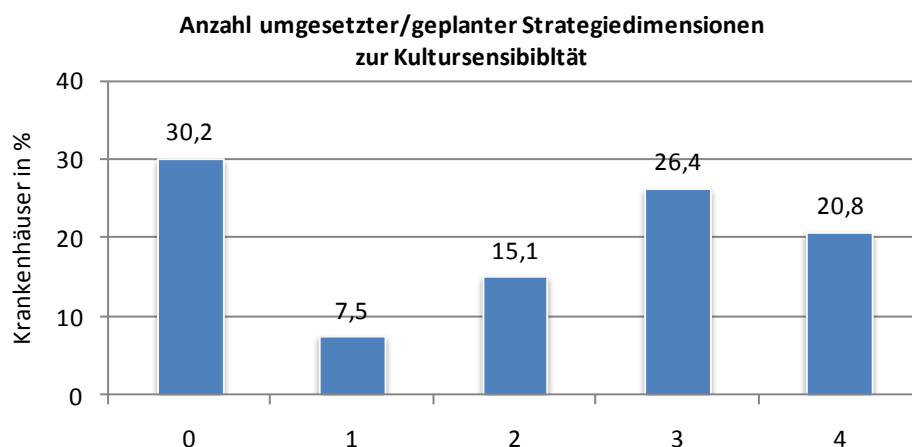
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Strategische Relevanz der Kultursensibilität

In rund 30% der Krankenhäuser sind migrationspezifische Aspekte in der Unternehmensstrategie ausdrücklich berücksichtigt. In jeweils rund 44 % der Einrichtungen sind sie im Krankenhausleitbild oder in einem Pflegeleitbild verankert. Bei einem Viertel der Einrichtungen finden Fragen der Kultursensibilität im Qualitätsmanagement explizit Berücksichtigung.

In 11% (Krankenhausleitbild) bis 22% (Qualitätsmanagement) der Krankenhäuser ist die strategische Berücksichtigung migrationspezifischer Aspekte in konkreter Planung. Für 23% (Krankenhausleitbild) bis 37% (Unternehmensstrategie) der Befragungsteilnehmer ist die Kultursensibilität darüber hinaus ein wichtiges Zukunftsthema. Lediglich bei einer Minderheit der Einrichtungen sind Fragen der Kultursensibilität von untergeordneter strategischer Relevanz.

Dies wird auch deutlich, wenn man die Angaben zu allen vier erhobenen Strategiedimensionen simultan erfasst (Abb. 9): Zu diesem Zweck sind bei den vier Dimensionen jeweils die Angaben mit „Ja, umgesetzt“ und „Ja, in konkreter Planung“ zusammengefasst und über die vier Dimensionen summiert worden. Nach Maßgabe dieser Operationalisierung ist mittlerweile in rund 70% der Krankenhäuser das Thema der Kultursensibilität von strategischer Relevanz. In fast der Hälfte der Krankenhäuser finden drei oder vier migrationspezifische Aspekte strategische Berücksichtigung.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Anzahl umgesetzter/geplanter Strategiedimensionen zur Kultursensibilität

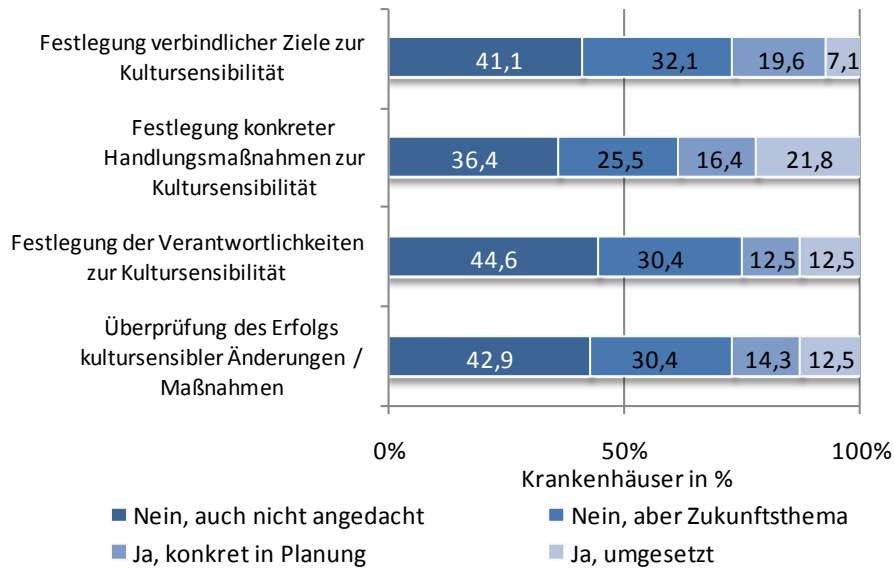
4.2 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Frage, ob und wie weit die Kultursensibilität in der Krankenhausorganisation systematisch umgesetzt ist, lässt sich auch daran ablesen, dass sie Gegenstand eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ist. Eine hohe Systematik bei diesem Thema wird demnach durch eine strukturierte Planung, Umsetzung, Evaluation und Weiterentwicklung von Maßnahmen und Projekten zur Kultursensibilität erzielt. Somit kann überprüft werden, inwieweit die strategischen und operativen Ziele einschlägiger Maßnahmen auch tatsächlich erreicht wurden. Des Weiteren sind aus eventuellen Abweichungen weitere Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Ausgangspunkt des Prozesses bildet die Festlegung verbindlicher Ziele zur Kultursensibilität. Eine strategische Zielplanung zu migrationsspezifischen Fragen ist in den Krankenhäusern indes bislang noch wenig entwickelt. Lediglich gut ein Viertel der Befragten gab an, in dieser Hinsicht strategische Ziele festgelegt zu haben (7%) oder dies konkret zu planen (20%). In den meisten Einrichtungen ist die strategische Zielplanung zu migrationsspezifischen Aspekten noch ein Zukunftsthema (32%) oder einstweilen nicht angedacht (41%).

Unabhängig von der strategischen Zielplanung legen allerdings fast 40% der Einrichtungen konkrete Handlungsmaßnahmen zur Kultursensibilität fest (22%) oder planen diese (16%). Eine systematische Erfolgskontrolle der Maßnahmen findet hingegen noch vergleichsweise selten statt. Dasselbe gilt mit Blick auf die Festlegung von Verantwortlichkeiten im Hinblick auf Ziele und Maßnahmen zur Kultursensibilität (vgl. Abb. 10).

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess zur Kultursensibilität



© Deutsches Krankenhausinstitut

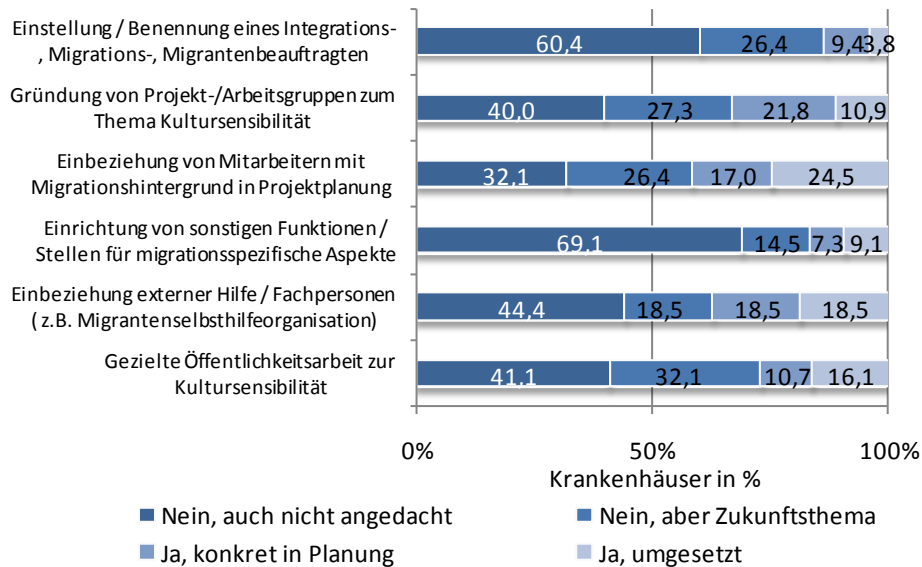
Abb. 10: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess zur Kultursensibilität

4.3 Personelle Zuständigkeiten

In weiterer Differenzierung der Fragestellung nach den Verantwortlichkeiten für migrantenspezifische Angelegenheiten sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie die personellen Zuständigkeiten für die Kultursensibilität in ihren Einrichtungen konkret ausgestaltet sind. Die entsprechenden Angaben können der Abbildung 11 entnommen werden.

Bislang gibt es noch kaum eine spezifische Position oder Beauftragtenfunktion für migrationspezifische Fragen. Lediglich zwei Stichprobenkrankenhäuser haben einen Integrations-, Migrations- oder Migrantenbeauftragten eingestellt oder benannt. In weiteren fünf Einrichtungen ist dies geplant. Für die überwältigende Mehrzahl der Krankenhäuser ist die Einrichtung einer spezifischen Beauftragtenfunktion bis auf Weiteres kein Thema (60%) oder allenfalls ein Zukunftsthema (26%). Auch die Einrichtung von sonstigen Funktionen oder Stellen für migrationspezifische Aspekte (z.B. eines speziellen Sekretariats) spielt einstweilen kaum eine Rolle.

Pesonelle Zuständigkeiten zur Kultursensibilität



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Personelle Zuständigkeiten zur Kultursensibilität

Dasselbe gilt für die Gründung von Projekt- oder Arbeitsgruppen zum Thema der Kultursensibilität. In jedem neunten Krankenhaus gehören sie zum Standard. Bei knapp der Hälfte der Einrichtungen sind sie in Planung (22%) oder ein Zukunftsthema (27%).

Sofern migrationsspezifische Projekte durchgeführt werden, sind in einem Viertel der Einrichtungen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationsgeschichte in die konkrete Planung eingebunden. Darüber hinaus kooperieren jeweils rund 19% der Stichprobenkrankenhäuser in Fragen der Kultursensibilität mit externen Fachleuten (z.B. Migranten(Selbsthilfe)-Organisationen) oder planen dies zu tun.

Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema der Kultursensibilität betreibt derzeit rund ein Sechstel der Kliniken. Bei weiteren 11% der Einrichtungen ist sie in konkreter Planung. Die meisten Krankenhäuser beabsichtigen jedoch derzeit nicht oder allenfalls in Zukunft hier aktiv zu werden.

4.4 Informationsmaterialien für Krankenhauspersonal

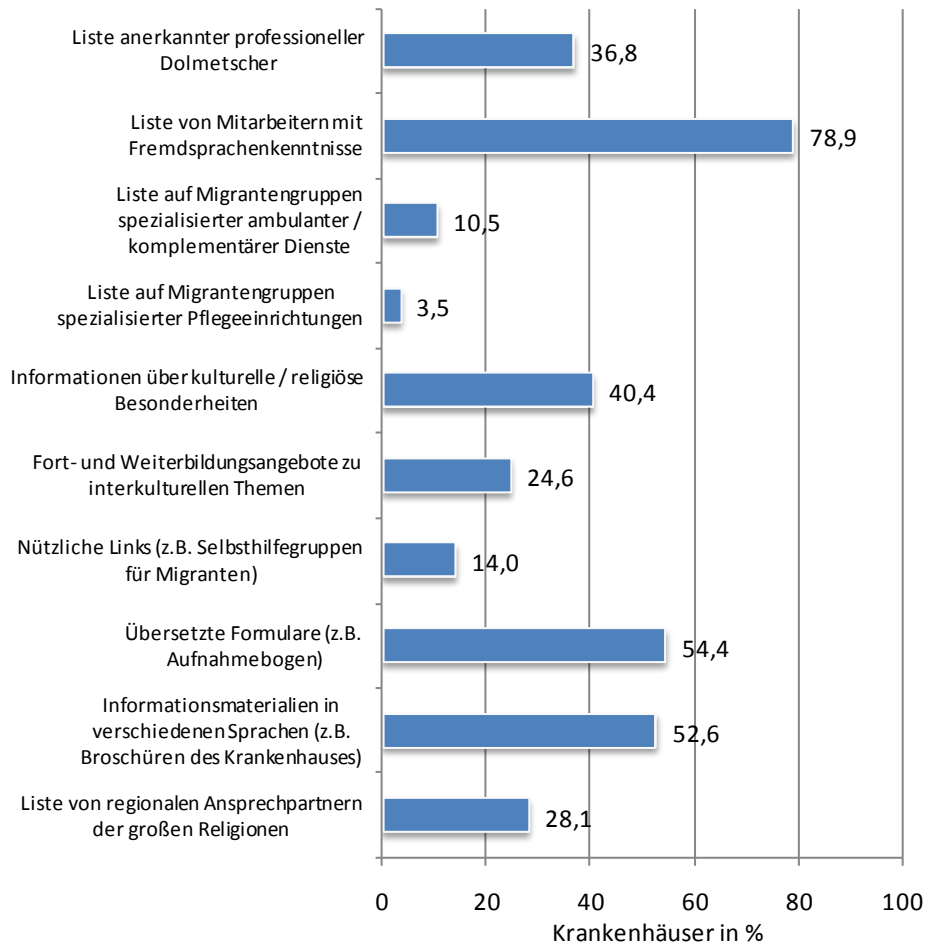
Eine patientenorientierte Versorgung von Personen mit Migrationsgeschichte setzt ein entsprechendes Informationsniveau der Krankenhausmitarbeiter zu den spezifischen Anforderungen und Bedürfnissen dieser Patientenklientel voraus. Deswegen wurden die Krankenhäuser befragt, inwieweit für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einschlägige Dokumente oder Informationsmaterialien gut zugänglich sind, z.B. im Intranet oder über Aushänge (vgl. Abb. 12).

Sehr weit verbreitet sind demnach vor allem Listen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen. In vier von fünf Krankenhäusern liegen sie standardmäßig vor. Bei Bedarf ist somit gewährleistet, dass bei mangelnden Deutschkenntnissen von Patienten und Patientinnen oder deren Angehörigen auf entsprechend sprachkundiges Personal zurückgegriffen werden kann. Darüber hinaus liegt in gut einem Drittel der Einrichtungen eine Liste anerkannter Dolmetscher standardmäßig vor.

Auch ansonsten existiert eine Reihe von Dokumenten, die gezielt über migrationsspezifische Aspekte der Patientenversorgung informieren. So gibt es in mehr als der Hälfte der Krankenhäuser Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen (etwa Broschüren des Krankenhauses) bzw. übersetzte Formulare (z.B. Aufnahmebögen). Rund 40% der Krankenhäuser halten spezifische Informationen zu kulturellen und religiösen Besonderheiten bei dieser Patientenklientel vor; ca. 28% verfügen über eine Liste von regionalen Ansprechpartnern der großen Religionen. Abgerundet wird das Informationsangebot durch Aus- und Weiterbildungsangebote zu interkulturellen Themen (25%) und einschlägigen zusätzlichen Links im Internet (14%).

Eine Ausnahme bilden bislang noch migrationsspezifische Angebote zum Überleitungsmanagement. So gibt es nur in jedem zehnten Krankenhaus eine Liste von auf Migrantengruppen spezialisierten ambulanten oder komplementären Diensten. Lediglich einzelne Stichprobenkrankenhäuser halten eine Liste von einschlägig spezialisierten Pflegeeinrichtungen vor. Allerdings muss in diesem Zusammenhang offen bleiben, inwieweit im jeweiligen Umfeld entsprechende ambulante oder stationäre Pflegeangebote überhaupt existieren.

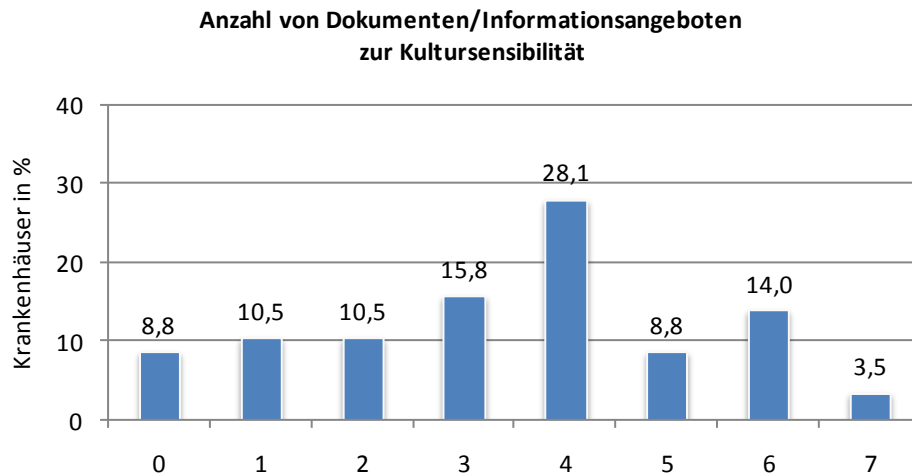
Krankenhausinternes Informationsmaterial zur Kultursensibilität



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Krankenhausinternes Informationsmaterial zur Kultursensibilität

Aggregiert über alle zehn erhobenen Aspekte gemäß Abbildung 12 liegen im Mittel (Median) vier Dokumente oder Informationsangebote in den Krankenhäusern standardmäßig vor. Die diesbezügliche Häufigkeitsverteilung kann im Einzelnen der Abbildung 13 entnommen werden.



©Deutsches Krankenhausinstitut

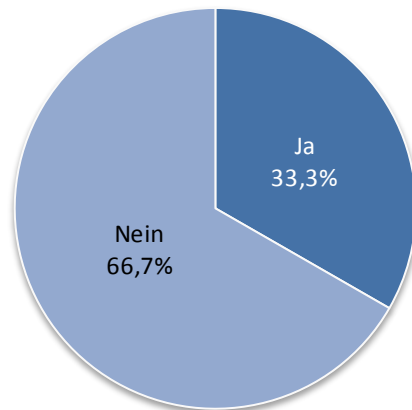
Abb. 13: Anzahl von Dokumenten/Informationsangeboten zur Kultursensibilität

4.5 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Krankenhausmitarbeiter und –mitarbeiterinnen können spezifisch zum Umgang mit Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte geschult werden. Umfang und Inhalte einschlägiger Qualifizierungsmaßnahmen bildete daher einen Fragenkomplex in der Erhebung zum kultursensiblen Krankenhaus.

Jedes dritte Krankenhaus bietet derzeit regelmäßig interne oder externe Fort- bzw. Weiterbildungen oder Schulungen zur Förderung der Kultursensibilität an. Dementsprechend finden in den übrigen Einrichtungen Schulungen zur Thematik eher sporadisch oder selten statt (Abb. 14).

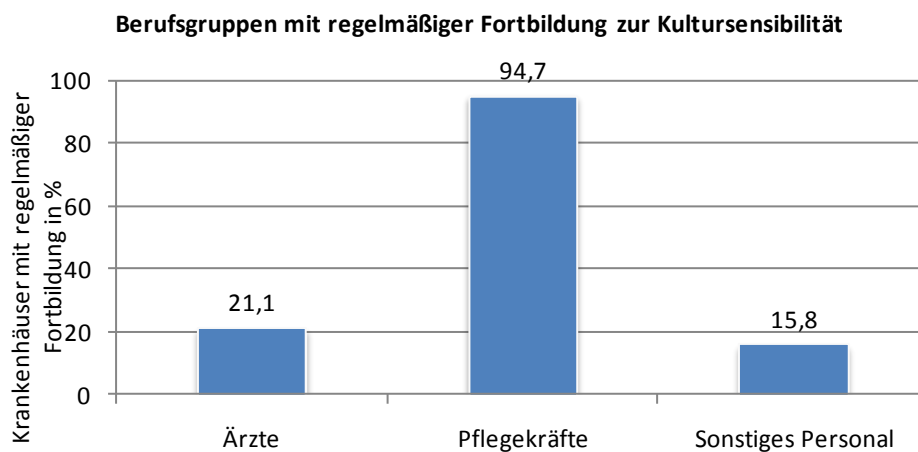
Regelmäßige Fortbildungsangebote zur Kultursensibilität



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Regelmäßige Fortbildungsangebote zur Kultursensibilität

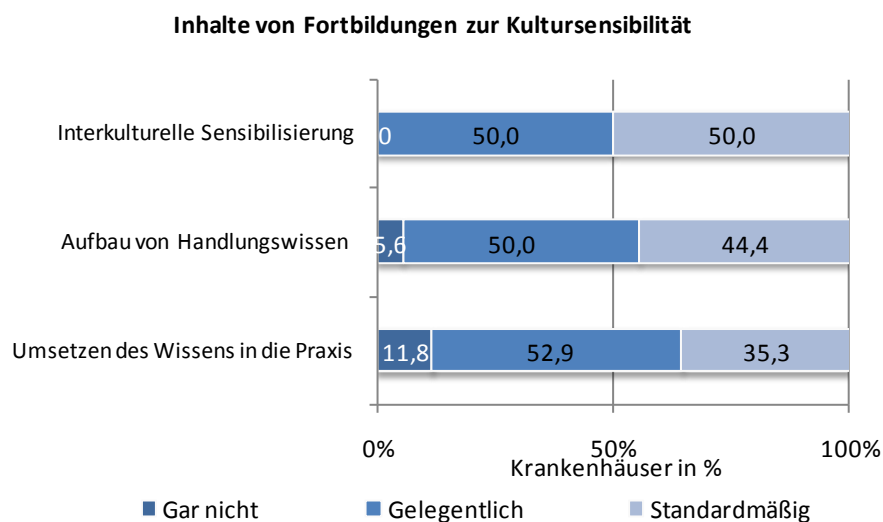
Krankenhäuser mit regelmäßigen Fortbildungen oder Schulungen zur Förderung der Kultursensibilität sollten des Weiteren angeben, welche Mitarbeiter oder Berufsgruppen in dieser Hinsicht regelmäßig qualifiziert werden. Wie aus Abbildung 15 ersichtlich, betrifft dies in erster Linie den Pflegedienst, seltener hingegen den Ärztlichen Dienst oder sonstiges Personal, wie Aufnahmekräfte oder Küchenpersonal.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Berufsgruppen mit regelmäßiger Fortbildung zur Kultursensibilität

Inhaltliche Schwerpunkte der einschlägigen Qualifizierungsmaßnahmen (Abb. 16) sind nahezu gleichermaßen die interkulturelle Sensibilisierung (z.B. Erkennen und Reflektieren der eigenen und fremden kulturellen Prägungen und Wahrnehmung), der Aufbau von Handlungswissen (z.B. Wissen über andere Kulturen) sowie die Umsetzung dieses Wissens in die Praxis (z.B. Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten anhand von Fallbeispielen aus dem Arbeitsumfeld der Teilnehmer).



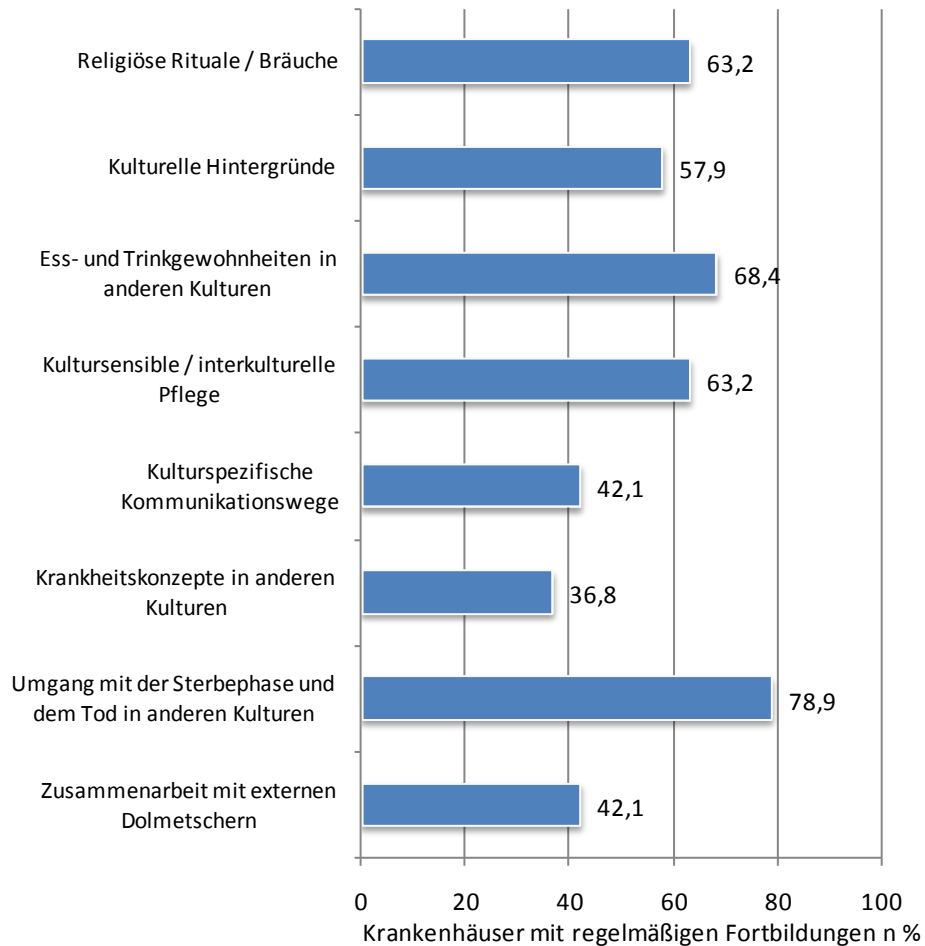
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Inhalte von Fortbildungen zur Kultursensibilität

Darüber hinaus sollten die Krankenhäuser mit regelmäßigen Fort- bzw. Weiterbildungen oder Schulungen die Themenbereiche nennen, bei denen sie über fortgebildetes Personal mit interkulturellen Kompetenzen verfügen. Da sich die einschlägigen Qualifizierungsmaßnahmen im Wesentlichen auf den Pflegedienst konzentrieren, beschränkt sich die Ergebniswiedergabe hier auf das fortgebildete Pflegepersonal (Abb. 17).

Am häufigsten ist das Pflegepersonal demnach spezifisch zum Umgang mit der Sterbephase und dem Tod in anderen Kulturen geschult worden. Weitere Fortbildungsschwerpunkte sind religiöse Rituale oder Bräuche, kulturelle Hintergründe (z.B. die Bedeutung der Familien in anderen Kulturkreisen), Ess- und Trinkgewohnheiten in anderen Kulturen sowie die kultursensible oder interkulturelle Pflege (z.B. die Bedeutung geschlechtsspezifischer Pflege).

Fortgebildetes Pflegepersonal nach Themenbereichen

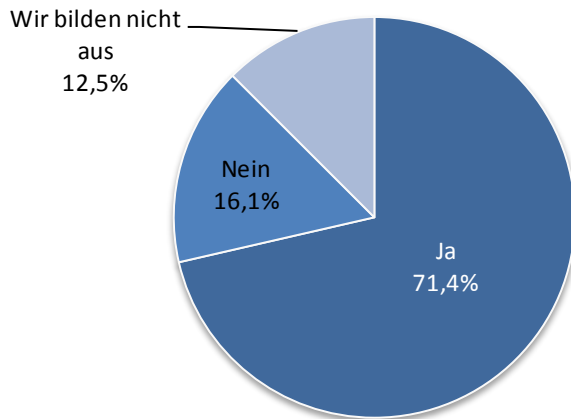


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Fortgebildetes Pflegepersonal nach Themenbereichen

Im Vergleich zu Fort- bzw. Weiterbildungen ist die Vermittlung interkultureller Kompetenzen weitgehend in die Krankenpflegeausbildung integriert. In gut 71% aller Krankenhäuser bzw. in 82% der Einrichtungen mit Krankenpflegeausbildung wird das Thema der Kultursensibilität explizit im Curriculum vermittelt.

Vermittlung von Kultursensibilität in Krankenpflegeausbildung



© Deutsches Krankenhausinstitut

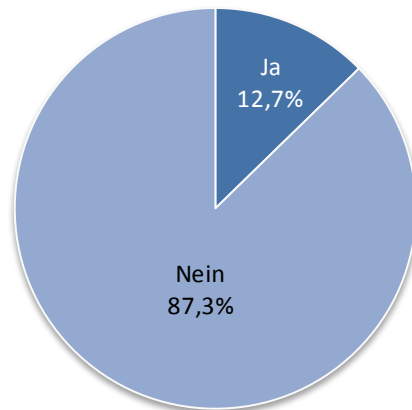
Abb. 18: Vermittlung von Kultursensibilität in der Krankenpflegeausbildung

4.6 Dienstplanung

Kulturspezifische Aspekte können auch in der Dienstplanung oder in der Personaleinsatzplanung berücksichtigt werden, sei es mit Blick auf die Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen oder die Präferenzen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Darunter fallen beispielsweise die Vorhaltung bzw. gezielte Personaleinsatzplanung von Personal mit eigener Migrationsgeschichte oder Dolmetschern in den verschiedenen Schichten oder Diensten, zumindest insofern entsprechender Bedarf gegeben oder ausreichend Personal mit den jeweils erforderlichen Kultur- und Fremdsprachenkenntnissen verfügbar ist.

Kulturspezifische Aspekte spielen in der Dienstplanung einstweilen eine untergeordnete Rolle. Rund 13% der Häuser gaben an, ihre Dienstpläne auch daran auszurichten (Abb. 19).

Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte bei der Dienstplanung



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte bei der Dienstplanung

Im Rahmen einer offenen Frage wurden hierfür einzelne Beispiele genannt: So wird etwa darauf geachtet, dass, wenn möglich, im Pflegedienst mindestens ein Mann und eine Frau anwesend sind, oder vor allem männliche Pfleger während einer Schicht ggf. auch Springertätigkeiten auf einer Nachbarstation wahrnehmen können, um eine geschlechtsassoziierte Pflege zu gewährleisten. Daneben können religiöse Feste bei der Dienstplanung Berücksichtigung finden, etwa bei Moslems vermehrt Spät- oder Nachtdienste im Ramadan, soweit die Dienst- und Personaleinsatzplanung dies zulässt.

4.7 Marketingmaßnahmen

Im Sinne der Patientenorientierung oder bei hoher Wettbewerbsintensität, etwa in dicht besiedelten Gebieten mit hoher Krankenhausedichte und großem Migrantenanteil, kann es für die Krankenhäuser interessant sein, ein gezieltes Marketing für Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte zu betreiben und beispielsweise in ausgewählten externen Einrichtungen auf das eigene Haus aufmerksam zu machen. Deswegen wurden die Krankenhäuser gefragt, ob und wo sie ggf. fremdsprachige Informationsmaterialien über das Krankenhaus (z.B. Flyer, Broschüren) auslegen, um gezielt Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte anzusprechen.

Von der Möglichkeit, bei Personen mit Migrationsgeschichte gezielt für das eigene Krankenhaus zu werben, machen die Befragungsteilnehmer aber bislang wenig Gebrauch. Nur wenige Krankenhäuser legen fremdsprachige Informationsmaterialien in kulturspezifischen Einrichtungen aus, etwa in Gebetshäusern oder bei Migranten(Selbsthilfe)-Organisationen. Auch andere Einrichtungen wie Arztpraxen oder Behörden werden kaum einschlägig informiert (Abb. 20).

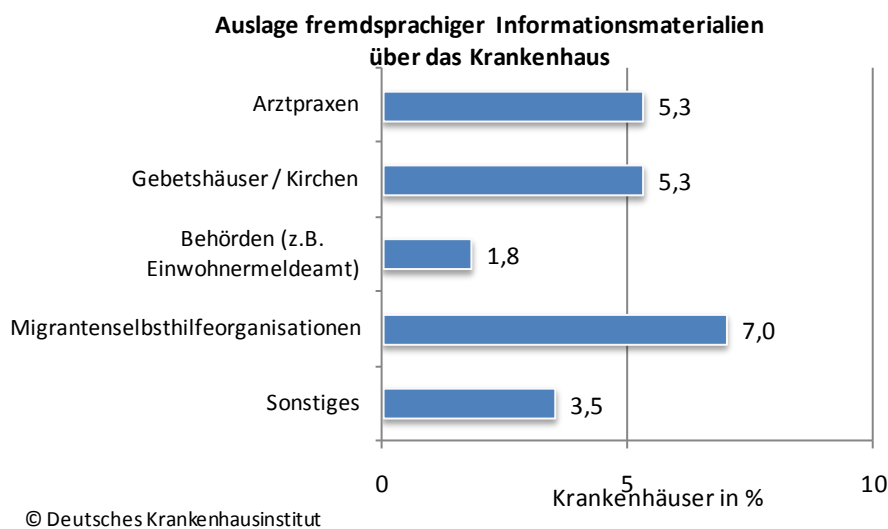
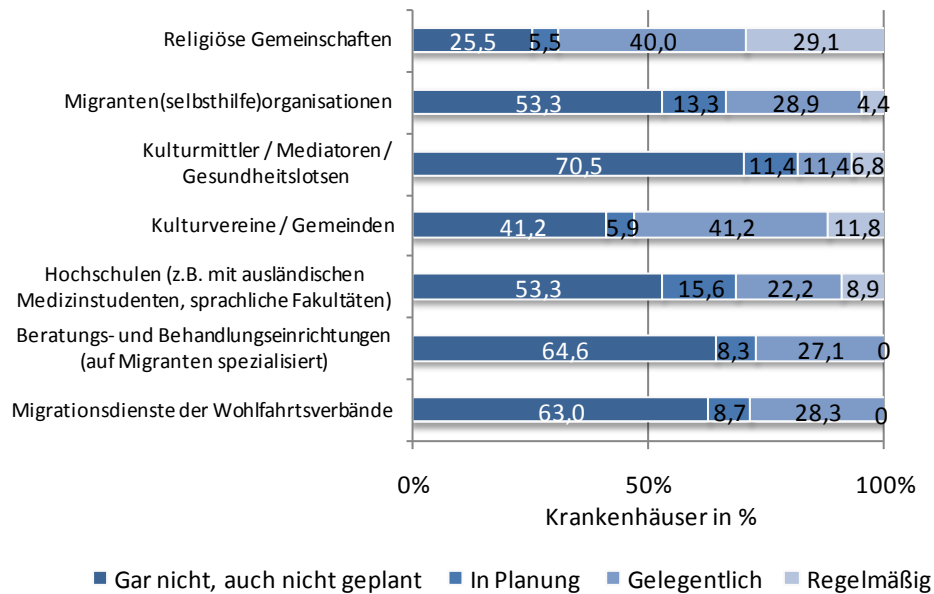


Abb. 20: Auslage fremdsprachiger Informationsmaterialien über das Krankenhaus

4.8 Kooperationen

Zur Förderung der Kultursensibilität können die Krankenhäuser gezielt mit Organisationen oder Vertretern zusammenarbeiten, die kulturspezifische Belange repräsentieren. Dies kann etwa mit Blick auf kultursensible Informations- und Beratungsangebote, gesundheitsbezogene Dienstleistungen oder religiöse Fragen erfolgen. Zu Art und Ausmaß entsprechender Kooperationen sollten sich die Krankenhäuser äußern.

Kooperationen mit kulturellen/religiösen Organisationen



© Deutsches Krankenhausinstitut

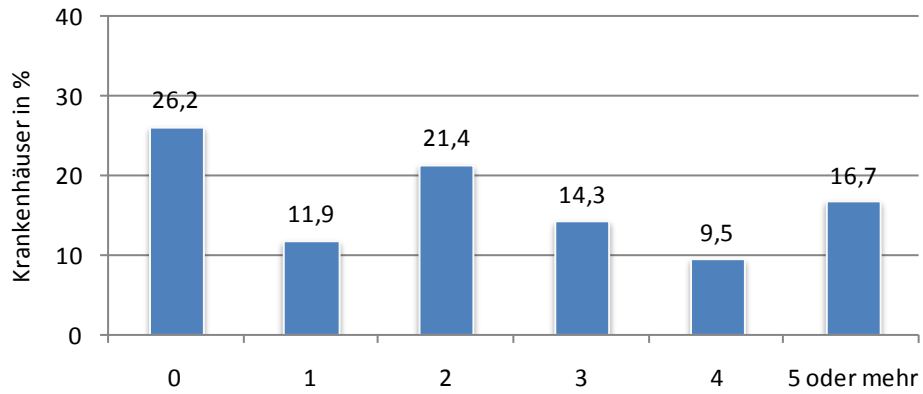
Abb. 21: Kooperationen mit kulturellen/religiösen Organisationen

Wie aus Abbildung 21 ersichtlich, sind entsprechende Kooperationen vergleichsweise weit verbreitet. So kooperieren rund 69% der Krankenhäuser regelmäßig (29%) oder gelegentlich (40%) mit religiösen Gemeinschaften. Eine Zusammenarbeit mit Kulturvereinen oder Gemeinden gibt es in gut der Hälfte der Einrichtungen.

Darüber hinaus führt ein Drittel der Befragungsteilnehmer gelegentliche oder regelmäßige Kooperationen mit Migranten(Selbsthilfe)-Organisationen an. Jeweils rund 35% arbeiten mit Migrationsdiensten der Wohlfahrtsverbände und Beratungs- oder Behandlungseinrichtungen zusammen, die auf Migranten spezialisiert sind.

Aggregiert über alle sieben möglichen Kooperationspartner arbeiten die Kliniken im Mittel (Median) mit zwei Institutionen oder Repräsentanten von oder für Migranten zusammen. Ein Viertel der Häuser hat keine einschlägigen Kooperationen. Ein weiteres Viertel mindestens vier oder mehr Kooperationspartner (Abb. 22).

Anzahl von Kooperationspartnern zu kulturspezifischen Aspekten



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 22: Anzahl von Kooperationspartnern zu kulturspezifischen Aspekten

5 Information und Kommunikation

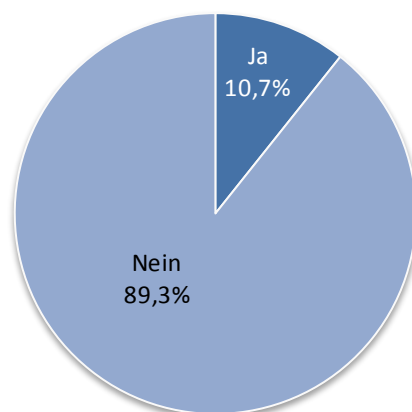
Probleme und Herausforderungen in der Versorgung und im Umgang mit Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte können nicht zuletzt dann resultieren, wenn sie nur unzureichend deutsch sprechen und deswegen die Kommunikation mit den Patienten und Patientinnen gegebenenfalls gezielt angepasst werden muss. Vor diesem Hintergrund nahm das Thema des Informations- und Kommunikationsverhaltens entsprechend breiten Raum in der Befragung zum kultursensiblen Krankenhaus ein.

5.1 Kommunikationsregeln

Zunächst sollten die Befragten angeben, ob es in ihren Häusern schriftliche Kommunikationsregeln oder verbindliche Vorgaben für die Kommunikation mit Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen gibt. Die Fragestellung hob also nicht auf informelle oder alltägliche Kommunikationsgewohnheiten des Krankenhauspersonals ab, sondern ausdrücklich auf Kommunikationsstile mit hohem Verbindlichkeitsgrad.

In diesem strengen Sinne sind Kommunikationsregeln jedoch wenig verbreitet. Nur gut 10% der Stichprobenkrankenhäuser führten an, über solche in hohem Maße verbindliche Vorgaben zu verfügen (Abb. 23).

Kommunikationsregeln zur Kultursensibilität



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 23: Kommunikationsregeln zur Kultursensibilität

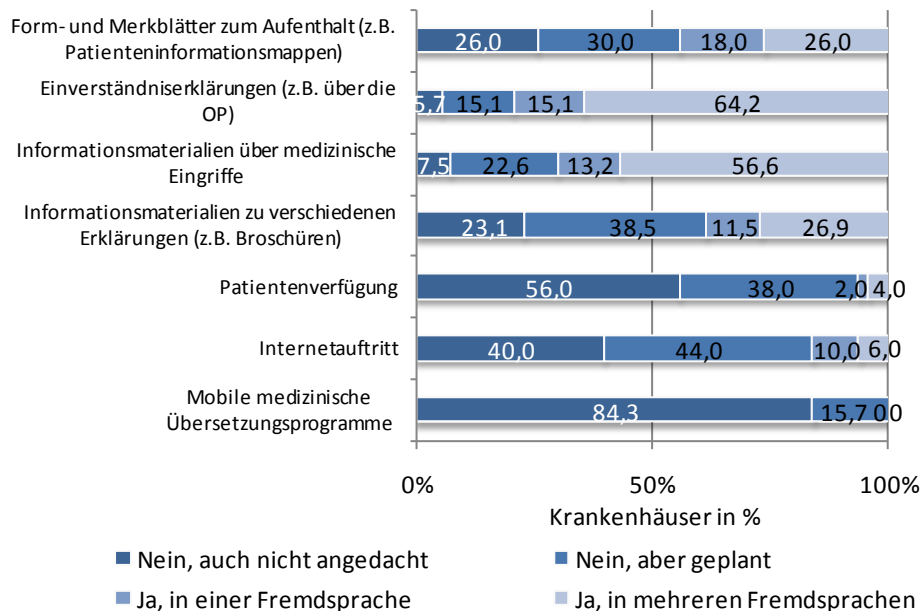
In einer weitergehenden Frage führten diese Häuser an, vor allem vermehrt visuelle Kommunikationshilfen, Bilder oder Modelle einzusetzen (z.B. Körperatlanan) oder sich bei den Patienten und Patientinnen verstärkt rück zu versichern, ob Gesagtes auch verstanden wurde. Andere Kommunikationsvorgaben betrafen u. a. die Anwendung eines an das sprachliche Niveau angepassten Sprachstils (z.B. kurze Sätze, langsam sprechen, weniger Fachausdrücke), die Beachtung nonverbaler Zeichen oder das vermehrte Stellen offener Fragen.

In diesem Zusammenhang sei nochmals betont, dass es in dieser Fragestellung ausdrücklich um schriftliche oder verbindliche Kommunikationsregeln ging. Inwieweit entsprechende Kommunikationsstile (wie ein angepasstes Sprachniveau oder vermehrte Nachfragen) darüber hinaus in der Praxis verbreitet sind, ist auch erhebungspraktischen Gründen nicht erfragt worden, insofern der einzelne Bearbeiter des Fragebogens das migrationsspezifische Kommunikationsverhalten einer großen Anzahl von Kollegen und Kolleginnen kaum überblicken kann.

5.2 Fremdsprachliche Materialien

Über die mündliche Kommunikation hinaus, rekurreren die Krankenhäuser bei Information und Kommunikation mit Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte nicht zuletzt auf schriftliche Informationsmaterialien. In der Erhebung zum kultursensiblen Krankenhaus sind sie deswegen befragt worden, welche Materialien, Formulare oder sonstige Angebote sie standardmäßig in verschiedenen Sprachen offerieren. Die entsprechenden Ergebnisse zeigt Abbildung 24.

Fremdspachliche Materialien



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 24: Fremdsprachliche Materialien

Fremdsprachliches Informationsmaterial betrifft demnach in erster Linie Einverständniserklärungen (z.B. zu einer OP) oder Informationsmaterialien über medizinische Eingriffe, also insbesondere die grundlegenden Informationen zur Behandlung oder zum Haupteingriff. Fremdsprachige Einverständniserklärungen liegen in rund 80% der Häuser überwiegend in mehreren Fremdsprachen (64%) und seltener nur in einer Fremdsprache vor (15%). Die entsprechenden Anteilswerte für die Informationsmaterialien über medizinische Eingriffe liegen bei 57% (mehrere Fremdsprachen) bzw. 13% (eine Fremdsprache).

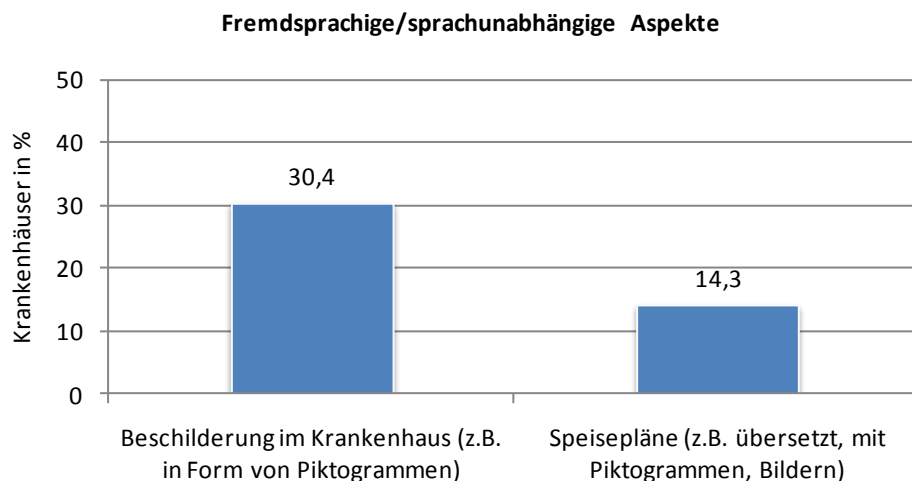
Ebenfalls noch relativ weit verbreitet in jeweils rund 40% der Einrichtungen sind fremdsprachige Informationsmaterialien zu verschiedenen Erkrankungen und Form- oder Merkblätter zum Krankenhausaufenthalt (z.B. Patienteninformationsmappen). Darüber hinaus sind entsprechende Angebote bei einem größeren Anteil der Einrichtungen geplant.

Mit Blick auf die neuen Medien sind fremdsprachige Angebote noch eher selten. So haben erst 16% der Krankenhäuser einen Internetauftritt in einer Fremdsprache (10%) oder in mehreren Fremdsprachen (6%). 44% der Krankenhäuser planen aber eine entsprechende Ergänzung ihres Internetauftritts. Mobile medizinische Übersetzungsprogramme (wie ePhrase-

books) gibt es bislang in keinem Stichprobenkrankenhaus, ihr Einsatz ist auch nicht in größerem Umfang geplant.

Im Rahmen einer offenen Frage sollten die Krankenhäuser schließlich anführen, in welchen Sprachen sie fremdsprachliche Angebote hauptsächlich vorhalten. Sprachen mit Mehrfachnennungen waren hier vor allem Englisch, Französisch, Türkisch, Russisch, Niederländisch und Arabisch.

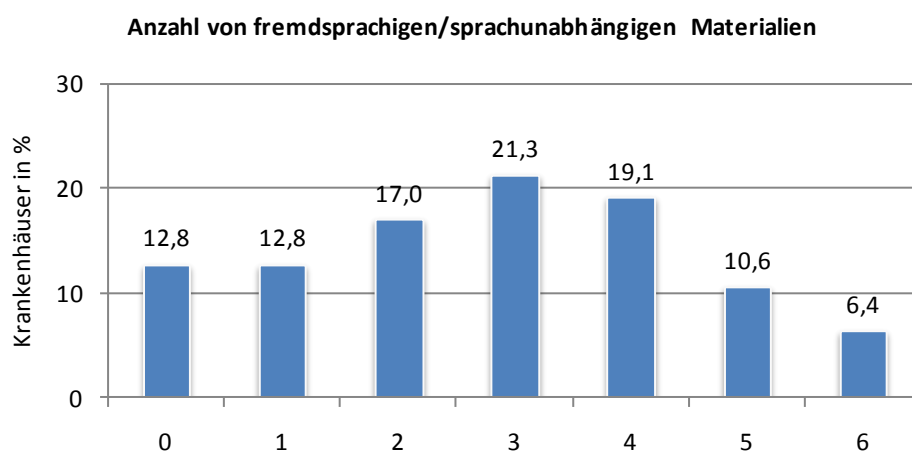
In Ergänzung zu den rein fremdsprachlichen Angeboten sind die Krankenhäuser des Weiteren befragt worden, ob sie darüber hinaus bestimmte Materialien standardmäßig auch sprachunabhängig zur Verfügung stellen (Abb. 25). Demnach ist in gut 30% der Einrichtungen die Beschilderung im Krankenhaus entsprechend angepasst (z.B. mehrsprachig oder in Form von Piktogrammen) und in ca. 14% der Häuser die Speisepläne (übersetzt oder mit Piktogrammen oder Bildern versehen).



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Fremdsprachige bzw. sprachunabhängige Aspekte

Aggregiert über alle neuen erhobenen Aspekte (gemäß Abb. 24 und 25) verfügen die Krankenhäuser im Mittel (Median) über drei fremdsprachliche respektive sprachunabhängige Informationsmaterialien oder Angebote. Die entsprechenden Prozentwerte können im Einzelnen der Abbildung 26 entnommen werden.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 26: Anzahl von fremdsprachlichen bzw. sprachunabhängigen Materialien

5.3 Verantwortlichkeiten für Übersetzungen

Übersetzungen für Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen können mit Hilfe ihrer Angehörigen oder Bekannten, des Krankenhauspersonals oder von professionellen Dolmetschern erfolgen. In der Erhebung wurden die Krankenhäuser gefragt, wer bei ihnen in diesen Fällen als Übersetzer oder Dolmetscher hinzugezogen wird. Die entsprechenden Mittelwerte können der Abbildung 27 entnommen werden.

Demnach wird für Übersetzungen bei Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen vor allem krankenhauseigenes Personal aus dem Ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst mit gleicher Muttersprache genutzt. Jeweils rund 57% der Krankenhäuser setzen fremdsprachige Ärzte und Pflegekräfte oft für Übersetzungen ein. In je rund einem Sechstel der Einrichtungen ist dies sogar immer der Fall. Darüber hinaus greifen die Krankenhäuser noch gelegentlich auf sonstiges Personal mit gleicher Muttersprache zurück.

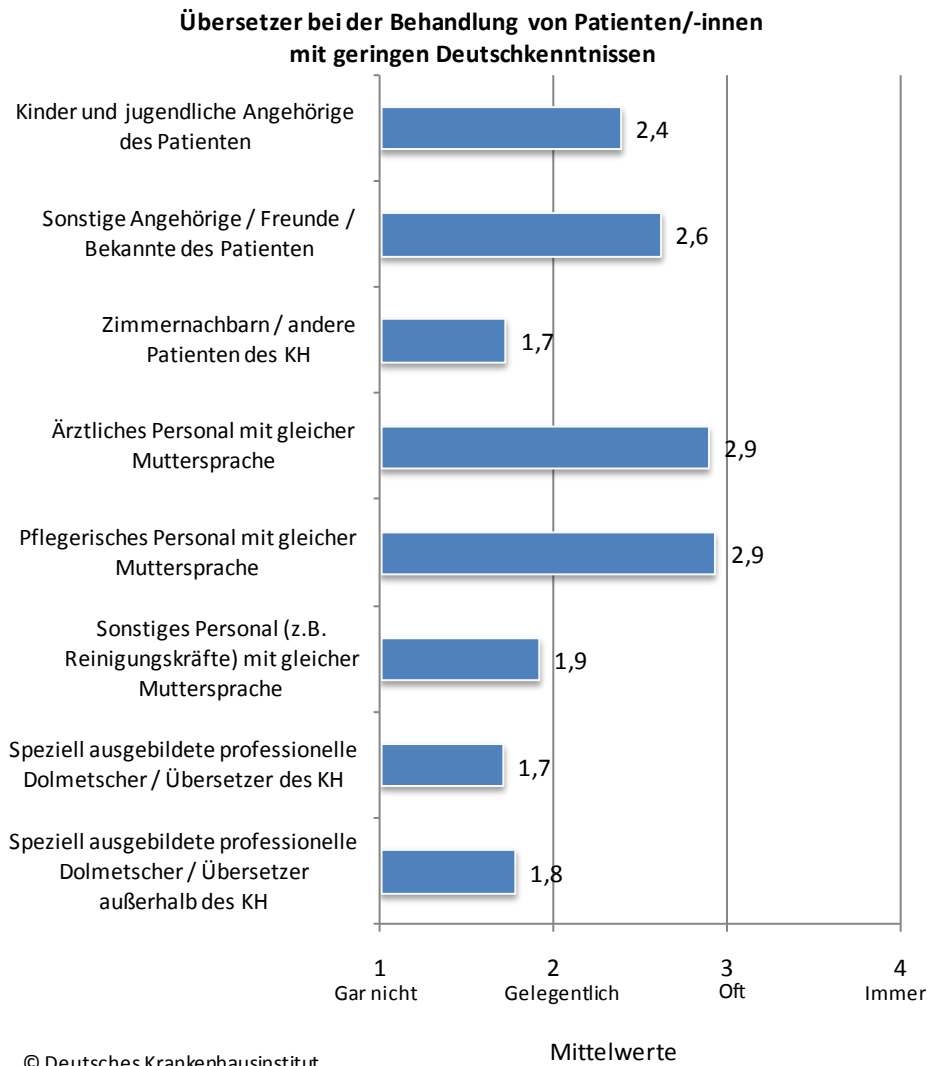


Abb. 27: Übersetzer bei der Behandlung von Patienten/-innen mit geringen Deutschkenntnissen

Die zweite große Gruppe, die bei Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen hinzugezogen wird, bilden Angehörige, Freunde und Bekannte der Patienten und Patientinnen, die in mehr als der Hälfte der Stichprobenkrankenhäuser oft (48%) oder immer (7%) als Übersetzer fungieren. Dabei wird ggf. auch verstärkt auf Kinder oder jugendliche Angehörige der Patienten und Patientinnen zurückgegriffen, sofern sie über bessere Deutschkenntnisse als ihre Eltern verfügen.

Speziell ausgebildete professionelle Dolmetscher kommen dagegen eher sporadisch zum Einsatz. Das gilt gleichermaßen für Übersetzer des Krankenhauses (interne Mitarbeiter) wie

für Übersetzer außerhalb des Krankenhauses (z.B. allgemeine Dolmetscherdienste oder professionelle Übersetzungsbüros).

5.4 Einsatzplanung für Übersetzungen

Ein weiterer Fragenkomplex thematisierte die Einsatzplanung und den konkreten Einsatz von Übersetzern im Krankenhaus. Zunächst ging es hier um die Frage, wie Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen standardmäßig von der Möglichkeit erfahren, einen professionellen Dolmetscher oder fremdsprachiges Personal hinzuziehen zu können (Abb. 28).

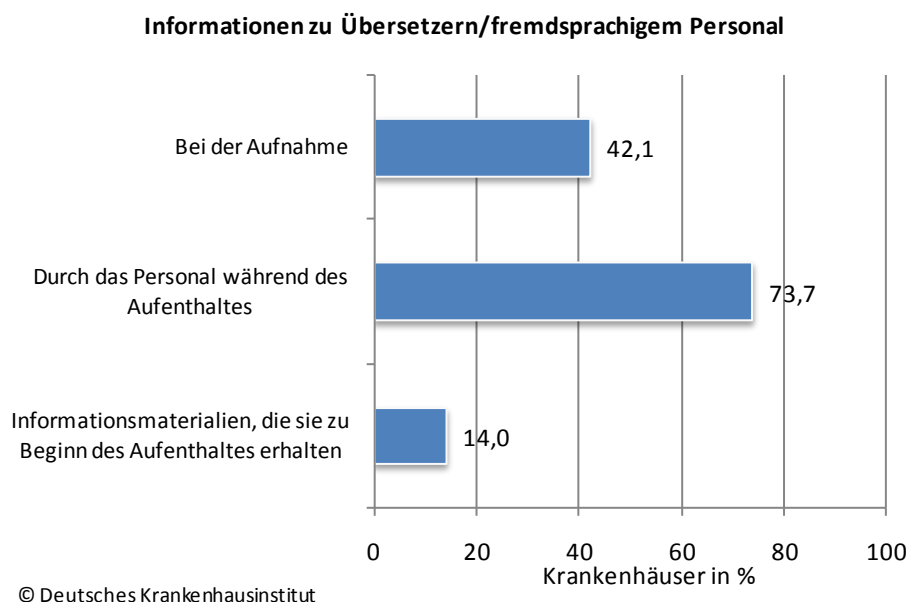
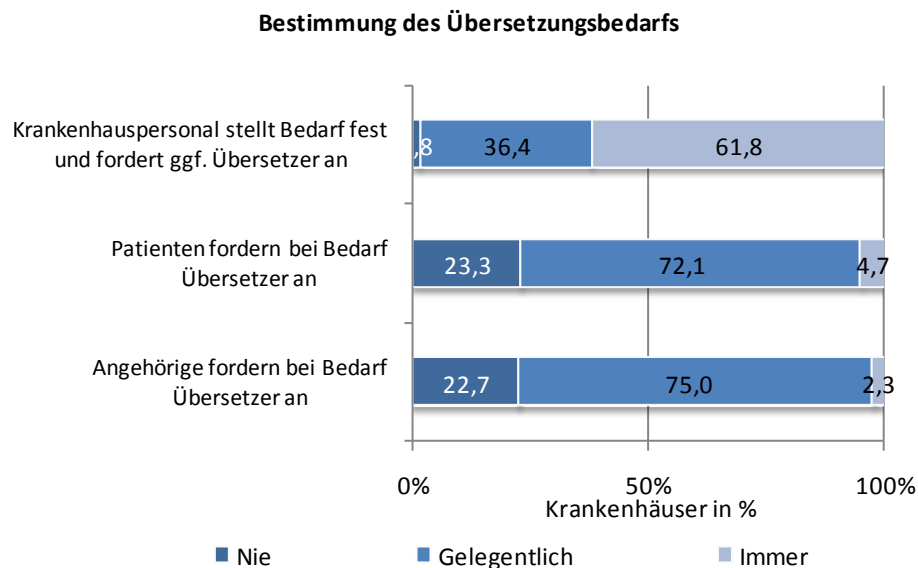


Abb. 28: Informationen zu Übersetzern bzw. fremdsprachigem Personal

Überwiegend wird diese Patientengruppe während des Klinikaufenthaltes vom Personal entsprechend informiert. Dies ist in rund drei Vierteln der Einrichtungen der Fall. Darüber hinaus erfolgt die Informierung der Patienten und Patientinnen noch häufiger zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes, sei es mündlich bei der Aufnahme (42%), sei es über Informationsmaterialien, die zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes ausgehändigt werden (14%).

Unabhängig von der generellen Möglichkeit, Übersetzer hinzuzuziehen, stellt sich die Frage, wer bei der Behandlung den Übersetzungsbedarf feststellt und ggf. Dolmetscher oder fremdsprachiges Personal anfordert. Der entsprechende Bedarf wird überwiegend durch das

Krankenhauspersonal definiert. In den meisten Häusern fordert das Personal immer (62%) oder gelegentlich (36%) Übersetzer an. Die Patienten und Patientinnen selbst oder ihre Angehörigen bestimmen dagegen nie oder allenfalls gelegentlich den Bedarf (Abb. 29).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Bestimmung des Übersetzungsbedarfs

Schließlich sollten die Befragungsteilnehmer noch angeben, bei welchen Behandlungs- oder Versorgungssituationen bei Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen Dolmetscher oder fremdsprachiges Personal standardmäßig hinzugezogen werden. Dies ist insbesondere bei der OP-Aufklärung (81%), der Besprechung von Diagnosen, Untersuchungsergebnissen und Behandlungsmaßnahmen (77%) sowie zu Behandlungsbeginn bzw. bei der Anamnese der Fall (68%). Im Routinebetrieb, etwa in Alltagssituationen (wie Essen oder Körperpflege) oder im Rahmen der Visite werden Übersetzer dagegen seltener hinzugezogen (Abb. 30). Bei etwaigen Notfällen ist zu bedenken, dass Übersetzer mit einschlägigen Sprachkenntnissen nicht immer zeitnah verfügbar sind.

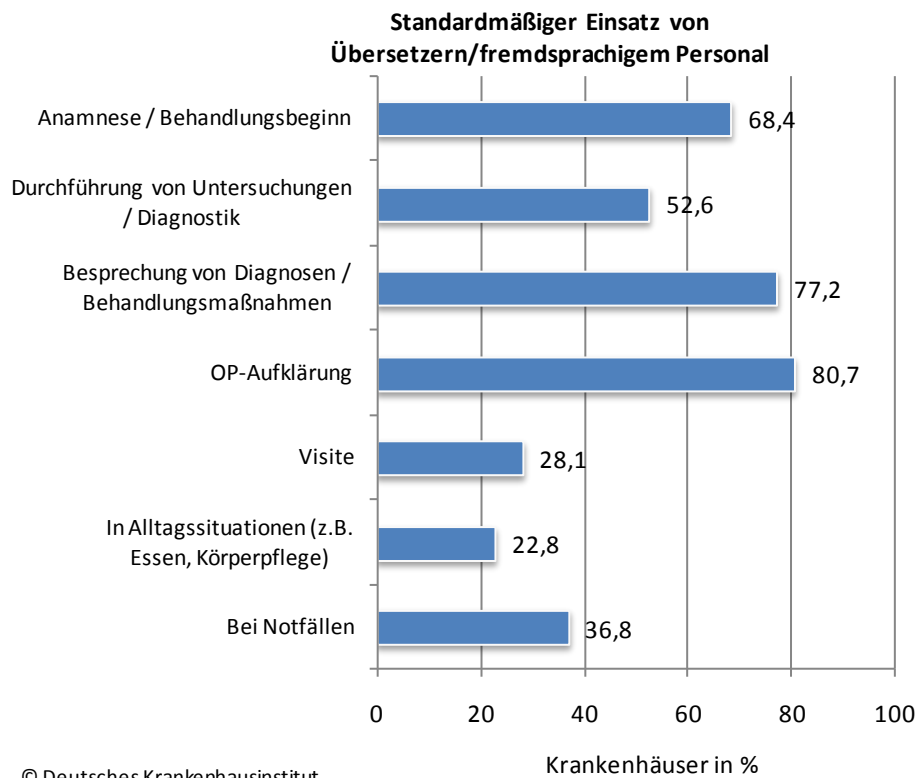


Abb. 30: Standardmäßiger Einsatz von Übersetzern bzw. fremdsprachigem Personal

5.5 Fremdsprachlichkeit der Krankenhausmitarbeiter

Die Kultursensibilität der Krankenhäuser lässt sich auch daran messen, dass - entsprechend der heterogenen Bevölkerungsstruktur- auch für zahlreiche Sprachen interne oder externe Übersetzer verfügbar sind. Mit Blick auf interne Übersetzer wurden die Krankenhäuser danach gefragt, für wie viele Sprachen derzeit Krankenhausmitarbeiter für Übersetzungen zur Verfügung stehen.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass die Krankenhausbelegschaften mittlerweile vielfach „multikulturell“ besetzt sind. Im Mittel (Median) stehen den Krankenhäusern derzeit für zehn Sprachen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für Übersetzungen zur Verfügung. Der untere Quartilswert liegt bei fünf Sprachen und der obere Quartilswert bei 15 Sprachen. Viele Krankenhäuser haben also die Möglichkeit, bei Bedarf auf einen Mitarbeiterpool mit breiten Sprachkenntnissen zurückzugreifen. Die Verteilung über alle Stichprobenkrankenhäuser kann im Einzelnen der Abbildung 31 entnommen werden.

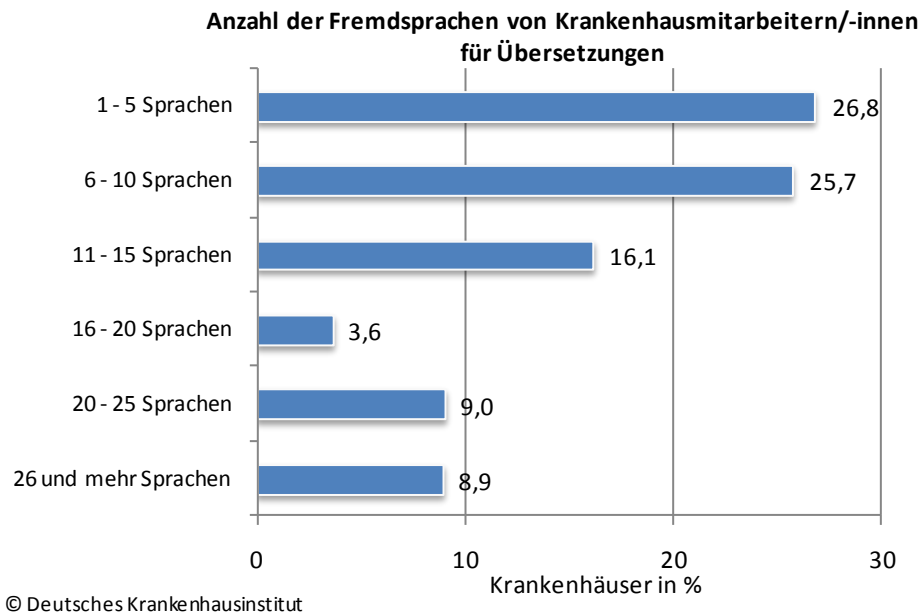
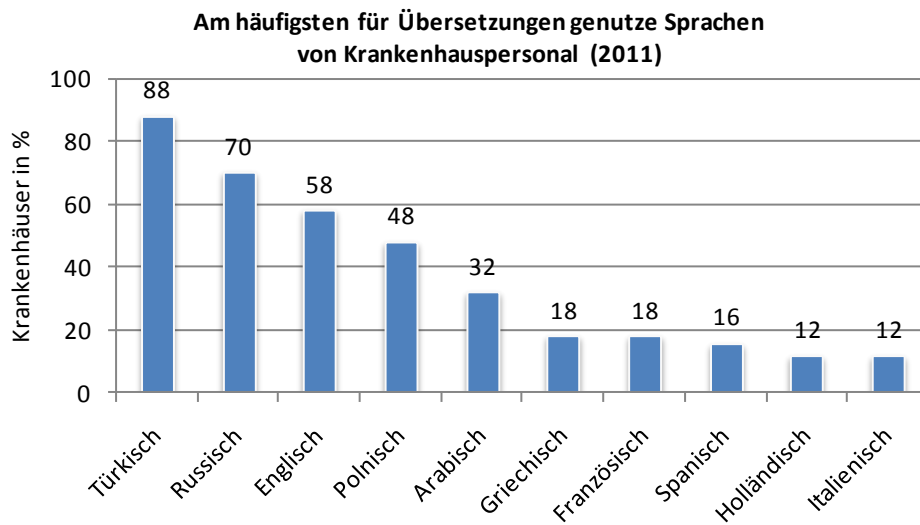


Abb. 31: Anzahl der Fremdsprachen von Krankenhausmitarbeitern/-innen für Übersetzungen

In einer weitergehenden offenen Frage sollten die Befragungsteilnehmer bis zu fünf am häufigsten genutzte Sprachen benennen, bei denen im Jahre 2011 Krankenhausmitarbeiter und -mitarbeiterinnen für Übersetzungen zum Einsatz kamen. Abbildung 32 zeigt die entsprechende Häufigkeitsverteilung.

Demnach dominieren hier vor allem Türkisch und Russisch. Die große Mehrzahl der Krankenhäuser nutzt Personal mit entsprechenden Fremdsprachenkenntnissen für Übersetzungen. Neben dem Englischen, das ggf. auch kulturunabhängig oder -übergreifend verwendet wird, kommen des Weiteren noch Polnisch und Arabisch vergleichsweise häufig zum Einsatz.



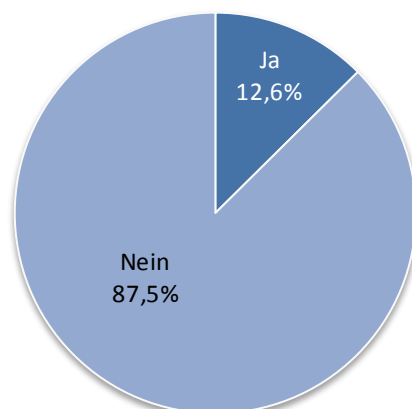
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Am häufigsten für Übersetzungen genutzte Sprachen von Krankenhauspersonal im Jahr 2011

5.6 Einsatz professioneller Dolmetscher

Über Übersetzungen von eigenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen hinaus setzen die Krankenhäuser vergleichsweise selten professionelle externe Dolmetscher ein. Lediglich gut 12% der Einrichtungen gab auf die entsprechende Frage an, regelmäßig mit externen Übersetzern zusammen zu arbeiten (Abb. 33).

Einsatz professioneller externer Dolmetscher



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 33: Einsatz von professionellen externen Dolmetschern

Im Mittel (Median) haben diese Häuser im Jahre 2011 zwei professionelle externe Dolmetscher routinemäßig eingesetzt. Dabei stehen in diesen Einrichtungen derzeit im Mittel (Median) für sechs Sprachen regelmäßig professionelle externe Dolmetscher zur Verfügung. Fremdsprachen mit Mehrfachnennungen waren hier insbesondere Englisch, Russisch und Arabisch.

Diejenigen Krankenhäuser, welche nicht regelmäßig mit professionellen Dolmetschern zusammen arbeiten, wurden darüberhinaus nach den Gründen hierfür gefragt. Demnach werden die Alternativen zu externen Dolmetschern zumeist als ausreichend betrachtet, weil genügend bilinguales medizinisch-pflegerisches Fachpersonal vorhanden ist (in 75% der Einrichtungen) oder weil Angehörige, Bekannte oder ggf. auch andere Patienten und Patientinnen Übersetzungen adäquat übernehmen könnten (56%). Daneben können eine unzureichende Finanzierung oder organisatorische Gründe, wie Probleme bei der zeitnahen Verfügbarkeit, den Einsatz von externen Dolmetschern erschweren oder verhindern (Abb. 34).

Gründe für den Verzicht auf externe Dolmetscher

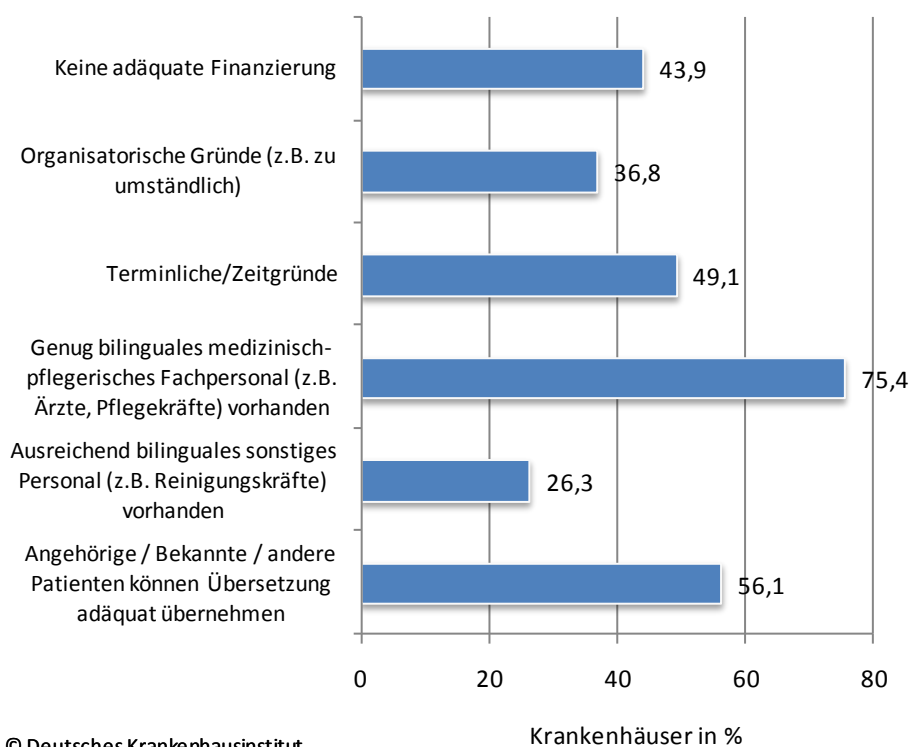


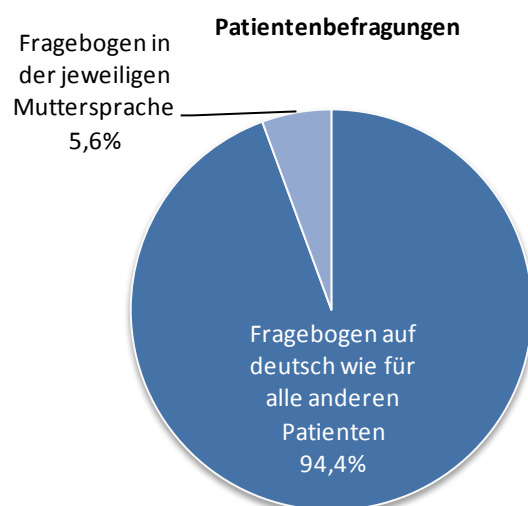
Abb. 34: Gründe für den Verzicht auf externe Dolmetscher

5.7 Patientenbefragungen

Über die Kultursensibilität von Krankenhäusern entscheiden in erster Linie die Patienten Patientinnen sowie ihre Angehörigen. D.h. letztlich können nur sie beurteilen, inwieweit ihren kulturellen oder religiösen Bedürfnissen und Erwartungen hinreichend Rechnung getragen wurde. Zur Messung der Patientenorientierung führen viele Krankenhäuser routinemäßig Patientenbefragungen durch. Damit kann ggf. auch die Kultursensibilität der Versorgung gemessen werden, etwa indem man spezifische Fragen zum Thema stellt, die Ergebnisse zielgruppenspezifisch auswertet oder Patientenfragebögen in unterschiedlichen Sprachen vorhält.

Die Erhebung zur Kultursensibilität der Krankenhäuser fokussierte den letztgenannten Aspekt. Sofern die Krankenhäuser Patientenbefragungen durchführen, sollten sie angeben, welche Fragebögen sie standardmäßig bei der Befragung von Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen einsetzen.

Fremdsprachige Fragebögen gehören einstweilen nicht zum Standard in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern. Nur wenige Stichprobenkrankenhäuser führten an, auch Erhebungsinstrumente in der Muttersprache von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte vorzuhalten (Abb. 35). Dabei handelt es sich primär um Fragebögen in türkischer Sprache.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Einsatz von fremdsprachigen Patientenfragebögen

6 Patientenversorgung

Über Information und Kommunikation hinaus sind bei der Migrantenbevölkerung ggf. weitere Besonderheiten in der Patientenversorgung zu beachten (Saladin, 2006). Dies betrifft etwa kulturspezifische Aspekte in der Behandlung, bei Unterkunft und Verpflegung.

6.1 Diagnostik und Therapie

Diagnostik und Therapie von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte werden, ähnlich wie bei anderen Patienten und Patientinnen, maßgeblich durch die jeweilige Indikation und die diesbezüglichen medizinischen Behandlungsstandards bestimmt. Darüber hinaus kann es aber im Einzelfall oder bei bestimmten Patientengruppen sinnvoll sein, die Versorgung ggf. gezielt anzupassen. In der Erhebung zum kultursensiblen Krankenhaus sind die Teilnehmer daher gefragt worden, inwieweit in ihrem Haus bei Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte – bei Bedarf – vom üblichen Standard abgewichen wird (Abb. 36).

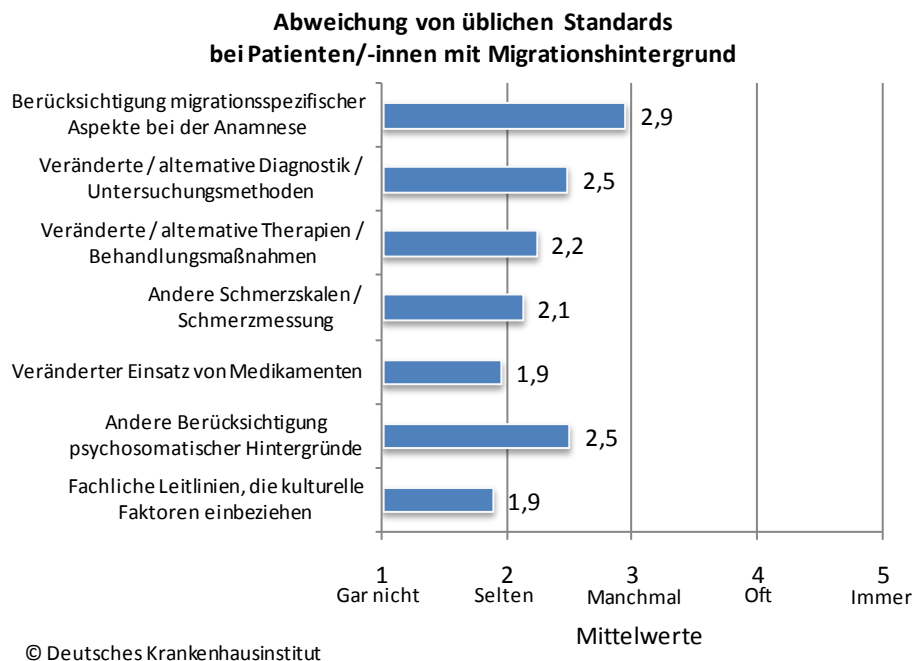


Abb. 36: Abweichung von üblichen Standards bei Patienten/-innen mit Migrationsgeschichte

Dies ist – erwartungsgemäß – eher weniger der Fall. Am ehesten werden migrationsspezifische Aspekte noch bei der Anamnese berücksichtigt, z.B. in Form einer Erfassung lebenslagen-spezifischer Informationen von Migranten. Dies ist in knapp der Hälfte der befragten Ein-

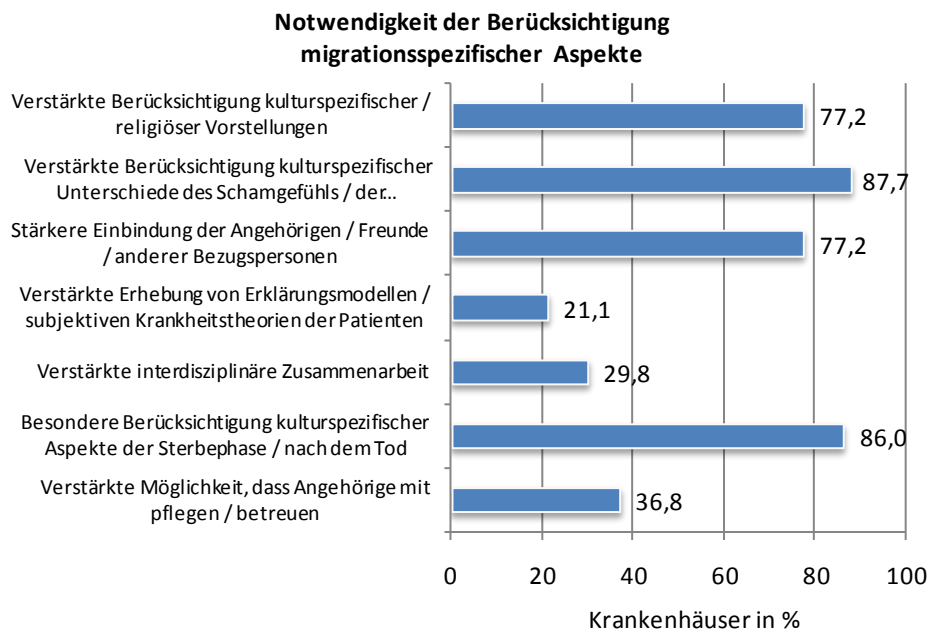
richtungen manchmal der Fall. Daneben finden migrationspezifische psychosomatische Hintergründe von Krankheiten noch verstärkt Beachtung.

Des Weiteren werden gelegentlich Diagnostik oder Untersuchungsmethoden zielgruppenorientiert angepasst, aus naheliegenden Gründen vor allem, wenn sprachliche Kompetenzen tangiert sind, z.B. andere schriftliche diagnostische Tests.

Veränderte oder alternative Therapien und Behandlungsmaßnahmen sowie eine abweichende Arzneitherapie, die ggf. bestehende kulturspezifische Unterschiede in der Einstellung zu bzw. in der Anwendung von Medikamenten berücksichtigt, kommen dagegen eher selten vor. Auch fachliche Leitlinien, welche kulturelle Faktoren einbeziehen, existieren kaum.

6.2 Psychosoziale Betreuung

Neben der medizinischen Behandlung im engeren Sinne kann die Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte auch unter psychosozialen und kulturellen Aspekten vom Umgang mit anderen Patienten und Patientinnen abweichen, um den besonderen Bedürfnissen und Erwartungen dieser Patientenklientel zu genügen. Vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Erfahrungen im eigenen Hause sollten die Krankenhäuser daher angeben, bei welchen Aspekten sie die Notwendigkeit sehen, bei Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte, wenn nötig und möglich, anders zu agieren als bei anderen Patienten und Patientinnen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 37: Notwendigkeit der Berücksichtigung von migrationsspezifischen Aspekten

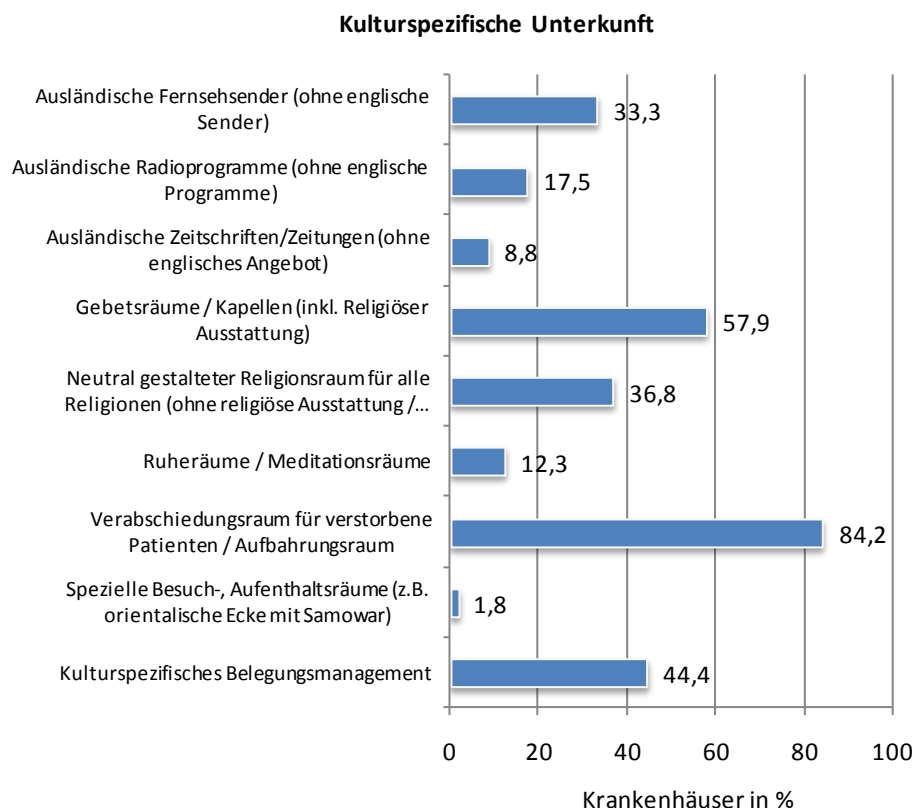
Dies ist vielfach der Fall (Abb. 37). So führten fast 88% der Befragten die Notwendigkeit an, bei Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte verstärkt kulturspezifische Unterschiede im Schamgefühl oder der Intimsphäre zu berücksichtigen, z.B. Pflege durch gleichgeschlechtliches Personal. Der annähernd selbe Prozentsatz (86%) betont die besondere Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte in der Sterbephase bzw. nach dem Tod (z.B. in Form der ständigen Anwesenheit von Angehörigen).

Jeweils rund 77% der Krankenhäuser sehen es vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrungen als wichtig an, Angehörige, Freunde oder andere Bezugspersonen der Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte vermehrt einzubinden und prinzipiell kulturspezifische bzw. religiöse Vorstellungen bei dieser Patientengruppe verstärkt zu berücksichtigen.

Verglichen damit sind andere Aspekte aus Sicht vieler Krankenhäuser von eher untergeordneter Relevanz: Dies betrifft etwa die Beachtung von subjektiven Krankheitstheorien und Erklärungsmodellen der Patienten, eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit des Krankenhauspersonals oder die Möglichkeit, dass Angehörige von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte stärker mit betreuen oder pflegen.

6.3 Unterkunft

Bei der kulturspezifischen Unterkunft im Krankenhaus geht es um die Frage, inwieweit kulturelle, sprachliche oder religiöse Aspekte bei der Unterbringung von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte Berücksichtigung finden. Konkret sind die Krankenhäuser gefragt worden, welche Aspekte der Unterbringung bei ihnen standardmäßig zur Verfügung stehen (Abb. 38).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 38: Kulturspezifische Unterkunft

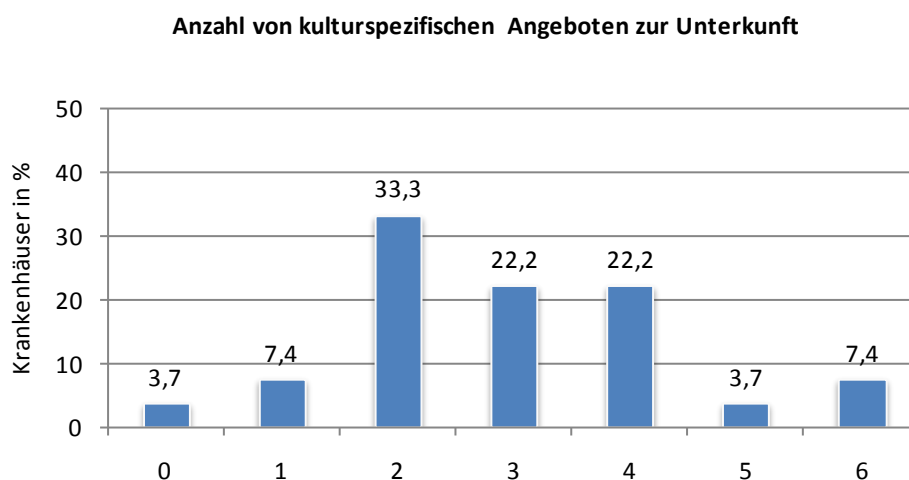
Ein Aufbahrungsraum oder ein Verabschiedungsraum für verstorbene Patienten und Patientinnen wird standardmäßig in den meisten Krankenhäusern vorgehalten (84%).

Mit Blick auf religiöse Aspekte des Krankenhausaufenthalts haben 58% der Krankenhäuser spezielle Gebetsräume oder Kapellen (inkl. einer religiösen Ausstattung). Darüber hinaus verfügen 37% der Einrichtungen über einen neutral gestalteten Religionsraum für alle Religionen (ohne religiöse Ausstattung oder Zeichen).

Eher selten sind hingegen Ruhe- oder Mediationsräume anzutreffen (12%). Eine Ausnahme bilden bislang noch kulturspezifische Besuchs- und Aufenthaltsräume, z.B. orientalische Ecke mit Samowar (2%).

Dahingehen spielen kultursensible Aspekte beim Belegungsmanagement eine deutlich größere Rolle. Fast jedes zweite Krankenhaus (45%) gab an, kulturelle oder religiöse Aspekte in der Belegungsplanung standardmäßig zu berücksichtigen. Im Rahmen einer offenen Frage nach den diesbezüglichen Kriterien betonten die Befragungsteilnehmer, dabei möglichst homogene Patientenkollektive zusammenzulegen, also etwa Patienten und Patientinnen gleicher Herkunft oder gleicher Nationalität bzw. Patienten und Patientinnen mit gleichem kulturellen oder religiösem Hintergrund; wohlgemerkt, soweit dies von den Patienten und Patientinnen selbst erwünscht ist oder die Belegungssituation dies zulässt.

Beim Medienangebot kann man in jedem dritten Krankenhaus ausländische Fernsehsender empfangen (ohne englische Sender). Seltener sind hingegen ausländische Radioprogramme (18%) und ausländische Zeitungen (9%).¹



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 39: Anzahl von kulturspezifischen Angeboten zur Unterkunft

Aggregiert über alle acht erhobenen Unterbringungskategorien gemäß Abbildung 38 halten die Krankenhäuser im Durchschnitt (Median) drei migrationsspezifische Aspekte vor (Abb.

¹ Mutmaßlich handelt es sich gerade bei den Zeitungen und Radioprogrammen explizit um krankenhauseigene Angebote, weniger um „externe“ Angebote (z.B. outgesourcter Krankenhauskiosk oder frei empfangbare Radioprogramme).

39). Die Quartilswerte variieren zwischen zwei Aspekten (unterer Quartilswert) und vier Aspekten (oberer Quartilswert).

6.4 Verpflegung

Bei der kulturspezifischen Verpflegung geht es um die Berücksichtigung kultureller oder religiöser Aspekte in der Zubereitung und im Verzehr von Speisen und Getränken. In der Erhebung sollten die Befragungsteilnehmer angeben, welche Angebote sie hier standardmäßig offerieren.

Demnach gehören Speisen und Getränke, die nach religiösen Vorschriften zubereitet werden (wie halal, kosher) in 23% der Krankenhäuser zum Standard. Weitere 18% bieten einen Küchenbereich für Patienten und Patientinnen und deren Angehörige an, so dass mitgebrachtes Essen, ggf. nach religiösen Aspekten zubereitet oder dort aufgewärmt werden kann.

Darüber hinaus weisen gut zwei Drittel der Einrichtungen aus, ob Gerichte ohne Schweinefleisch oder Schweinefett sind. 28% der Krankenhäuser machen Angaben zu Alkohol in ihren Speisen.

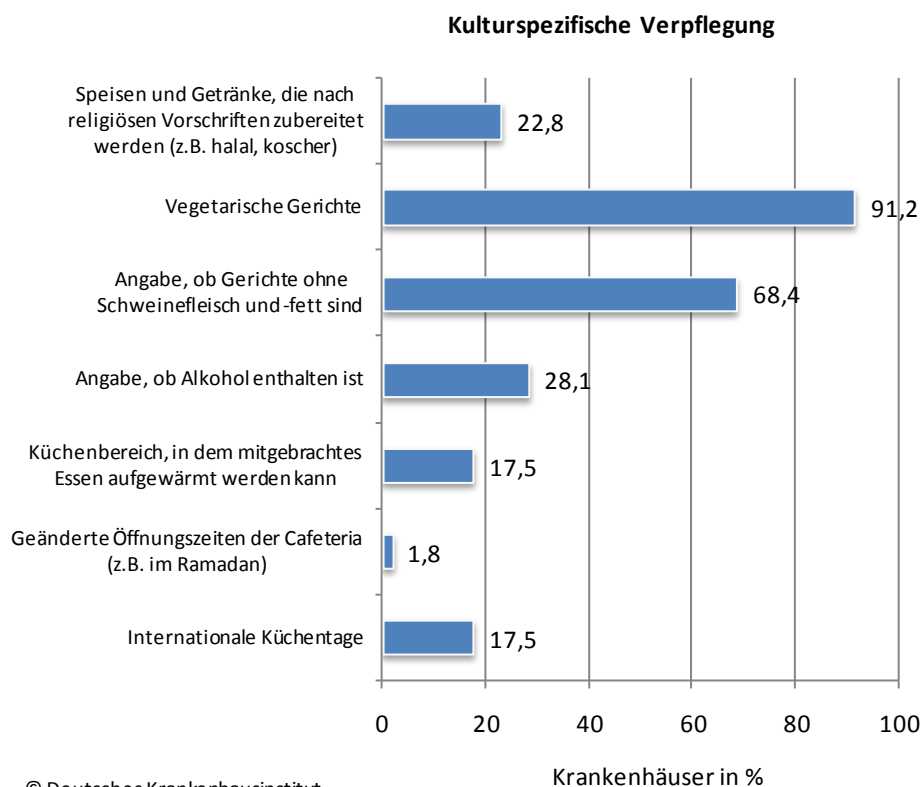
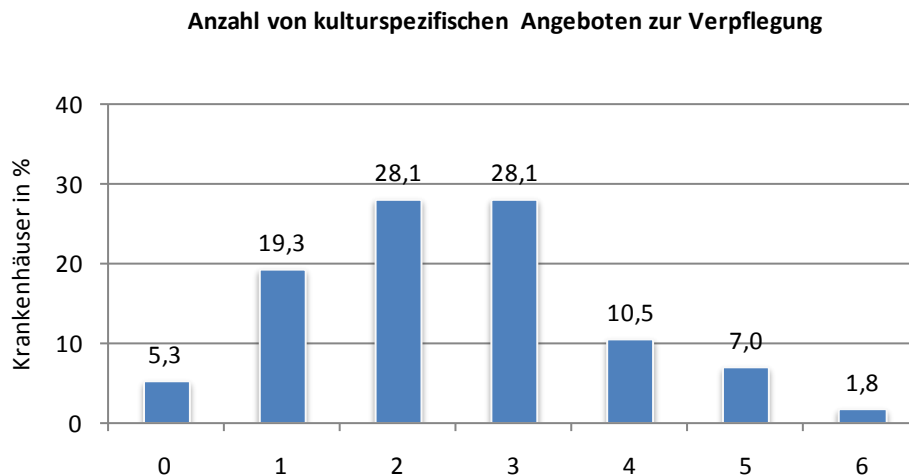


Abb. 40: Kulturspezifische Verpflegung

Aggregiert über alle erfassten Verpflegungsaspekte offerieren die Krankenhäuser im Mittel (Median) zwei kulturspezifische Verpflegungsangebote. Die Verteilung im Einzelnen zeigt Abbildung 41.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 41: Anzahl von kulturspezifischen Angeboten zur Verpflegung

6.5 Weitere Angebote

Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten die Krankenhäuser angeben, wie häufig sie weitere ausgewählte Versorgungs- oder Beratungsangebote speziell für Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte vorhalten. Dabei handelt es sich um Angebote, die üblicherweise nicht mehr zu den Regelleistungen des Krankenhauses gehören oder nicht die alltägliche Interaktion von Personal und Patienten und Patientinnen betreffen.

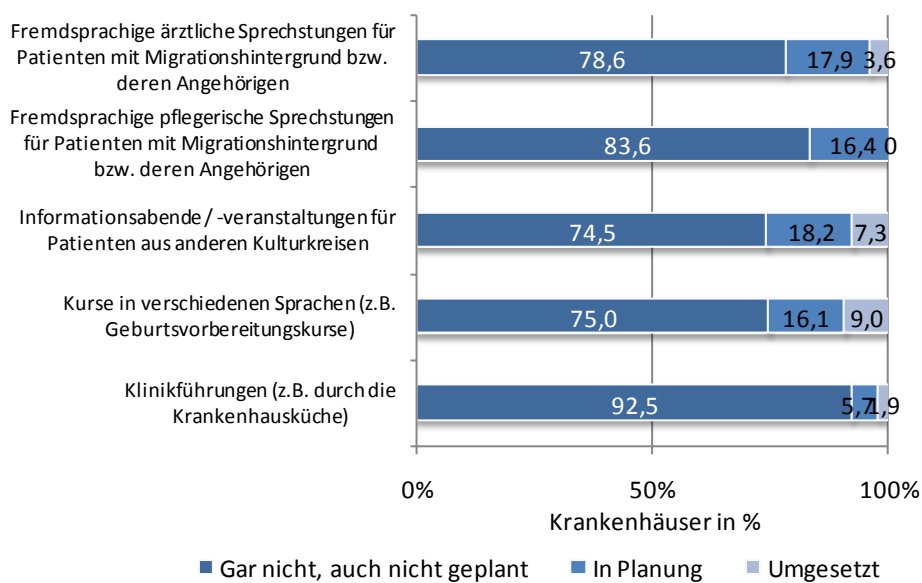
Vor diesem Hintergrund fallen die entsprechenden Häufigkeiten hier erwartungsgemäß eher gering aus (Abb. 42): So bieten etwa einzelne Krankenhäuser fremdsprachige ärztliche Sprechstunden für Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte oder deren Angehörigen an. Entsprechende fremdsprachige pflegerische Sprechstunden gibt es in keinem der Stichprobenkrankenhäuser.

Weitere kulturspezifische Angebote sind Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen aus anderen Kulturkreisen, Kurse in verschiedenen Sprachen (z.B. Geburtsvorbe-

reitungskurse, Ernährungskurse) sowie Klinikführungen (etwa durch die Krankenhausküche oder die Notaufnahme). Auch diese werden bislang nur in Ausnahmefällen offeriert.

In rund jeweils einem Sechstel der befragten Häuser sind kulturspezifische Sprechstunden, Kurse und Informationsveranstaltungen in Planung. Die meisten Krankenhäuser planen jedoch keine einschlägigen Angebote.

Kulturspezifische Informations- und Behandlungsangebote



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 42: Kulturspezifische Informations- und Behandlungsangebote

7 Ausblick

Abschließend sollten die Befragungsteilnehmer zum einen ihren individuellen Umsetzungsstand bzw. ihre Verbesserungspotenziale zur Kultursensibilität einschätzen. Zum anderen sollten sie sich eher grundsätzlich zu den Erwartungen und Perspektiven einer interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern äußern.

7.1 Nutzen einer interkulturellen Öffnung

Der Nutzen einer interkulturellen Öffnung wird von den Krankenhäusern grundsätzlich positiv gesehen. Abbildung 43 gibt die Mittelwerte mit Blick auf die erfragten Aspekte wieder.

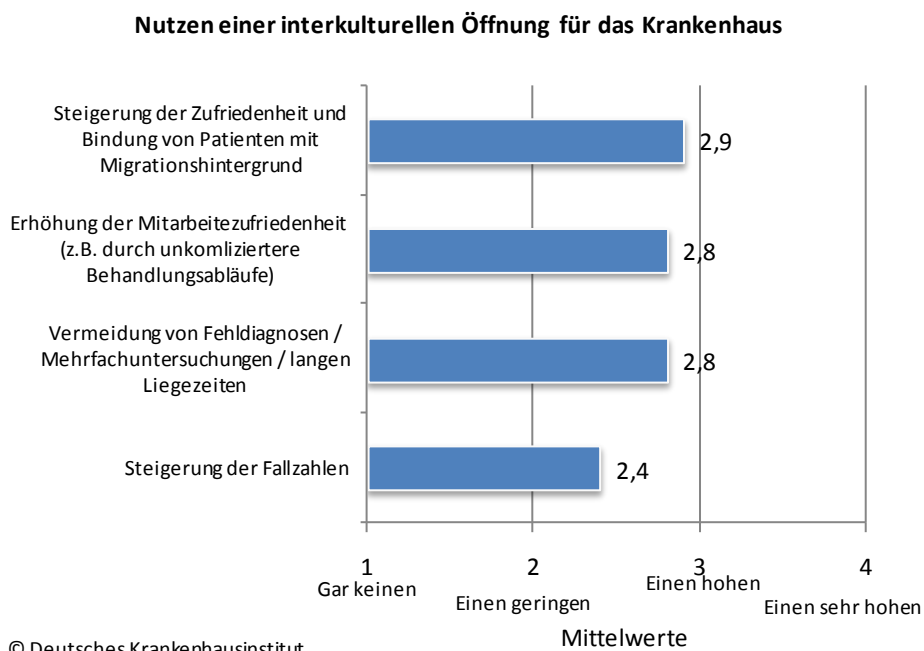


Abb. 43: Nutzen einer interkulturellen Öffnung für das Krankenhaus

Patientenseitig attestieren die Befragungsteilnehmer im Mittel einen hohen Nutzen einer interkulturellen Öffnung mit Blick auf die Steigerung der Zufriedenheit und die Bindung von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte.

Aber auch im Hinblick auf die Mitarbeiterorientierung und die Versorgungsqualität erwarten die Befragungsteilnehmer eher positive Effekte. Kultursensibilität bzw. eine interkulturelle Öffnung der Krankenhäuser trägt demnach in hohem Maße dazu bei, die Mitarbeiterzufrie-

denheit zu erhöhen (z.B. durch unkompliziertere Behandlungsabläufe) und die Versorgungsqualität zu steigern (etwa durch Vermeidung von Fehlbelegungen, Mehrfachuntersuchungen und langen Liegezeiten).

Eher ambivalent fallen dagegen die Einschätzungen hinsichtlich möglicher Fallzahlsteigerungen aus. Fast 60% der Befragten erwarten von einer interkulturellen Öffnung ihres Hauses keine (7%) oder einen geringen Anstieg der Fallzahlen (51%). Über 40% gehen von einer hohen (35%) bis sehr hohen (7%) Fallzahlsteigerung aus.

7.2 Umsetzungsstand

Vom eher grundsätzlichen Nutzen einer interkulturellen Öffnung ist der konkrete Umsetzungsstand mit Blick auf die eigene Kultursensibilität zu unterscheiden. Die Mittelwerte für die entsprechenden Items können der Abbildung 44 entnommen werden.

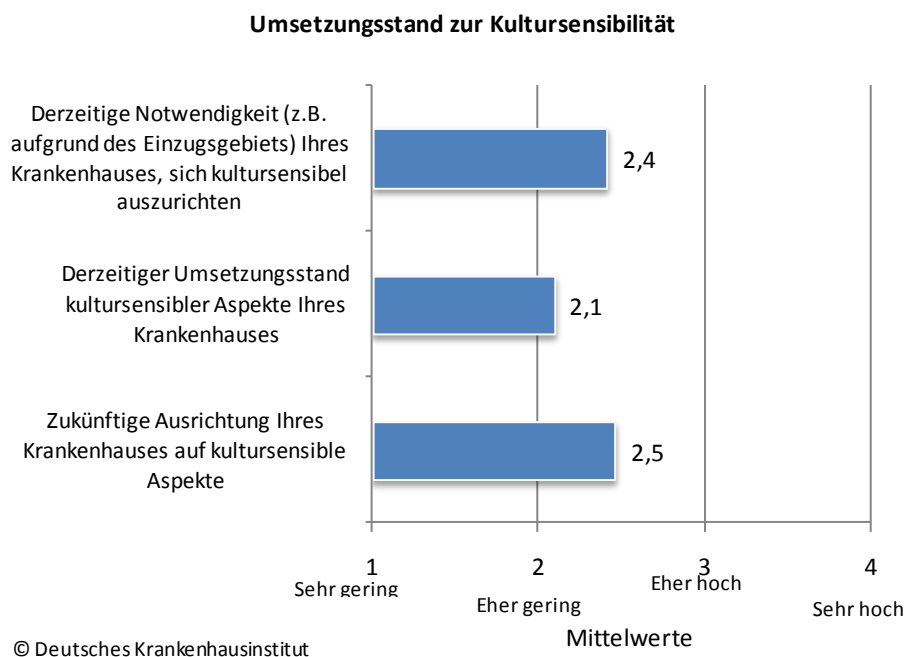


Abb. 44: Umsetzungsstand zur Kultursensibilität

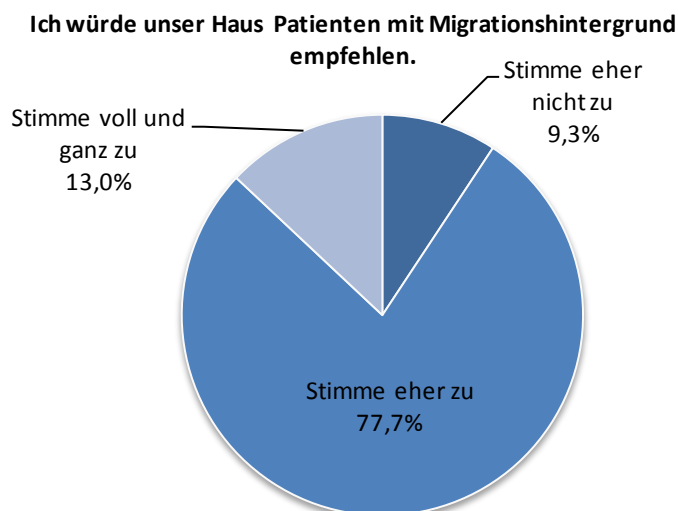
Den Umsetzungsstand kultursensibler Aspekte schätzen die Krankenhäuser im Mittel derzeit noch eher zurückhaltend ein. Rund drei Viertel der befragten Einrichtungen stufen ihre Kultursensibilität als sehr gering (14,5%) oder eher gering ein (61,8%). Fast ein Drittel der Kran-

kenhäuser geht, gemäß Selbsteinschätzung, von einem hohen Umsetzungsstand kultursensibler Aspekte aus.

Diese Einschätzungen werden allerdings relativiert, wenn man sich die Ergebnisse zur Notwendigkeit einer interkulturellen Öffnung betrachtet. Demnach sehen gut 57% derzeit eine eher geringe (51,8%) bis sehr geringe Notwendigkeit (5,4%), sich kultursensibel auszurichten, etwa auf Grund ihres Einzugsgebietes. Rund 43% gehen dementsprechend von einer hohen Notwendigkeit aus.

Mit Blick auf die zukünftige Ausrichtung der Krankenhäuser fallen die Ergebnisse vergleichbar aus: Etwa 57% gehen auch künftig von einer eher geringen Ausrichtung ihres Krankenhauses auf kultursensible Aspekte aus und ca. 47% von einer hohen Ausrichtung.

Trotz der eher moderaten Einschätzungen mit Blick auf den Umsetzungsstand und die Ausrichtung kultursensibler Aspekte würde die Mehrzahl der Befragungsteilnehmer ihr Haus jedoch auch Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte weiterempfehlen (Abb. 45).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 45: Weiterempfehlungsanteil von Patienten/-innen mit Migrationsgeschichte

7.3 Verbesserungsbedarf

Im Zusammenhang mit dem krankenhausesindividuellen Umsetzungsstand zur Kultursensibilität stellt sich die Frage nach spezifischen Verbesserungspotenzialen in der Versorgung und Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte. Die konkrete Frage diesbezüglich lautete, ob die Krankenhäuser untersucht haben, in welchen Bereichen sie An-

regungen oder Verbesserungsbedarf bei dieser Patientenklientel haben könnten. Diese Frage wurde von knapp der Hälfte der Befragungsteilnehmer bejaht (48%).

Diese Krankenhäuser sollten des Weiteren angeben, in welchen Bereichen sie im Jahre 2011 Verbesserungsbedarf identifiziert haben. Die entsprechenden Mittelwerte können der Abbildung 46 entnommen werden. Insgesamt fällt die Streuung der Antworten relativ gering aus:

Den größten Verbesserungsbedarf in der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte sehen die jeweiligen Krankenhäuser hinsichtlich Sprache und Kommunikation. Rund 42% der fraglichen Einrichtungen hat hier oft (29%) oder sehr oft (13%) entsprechende Anregungen identifiziert.²

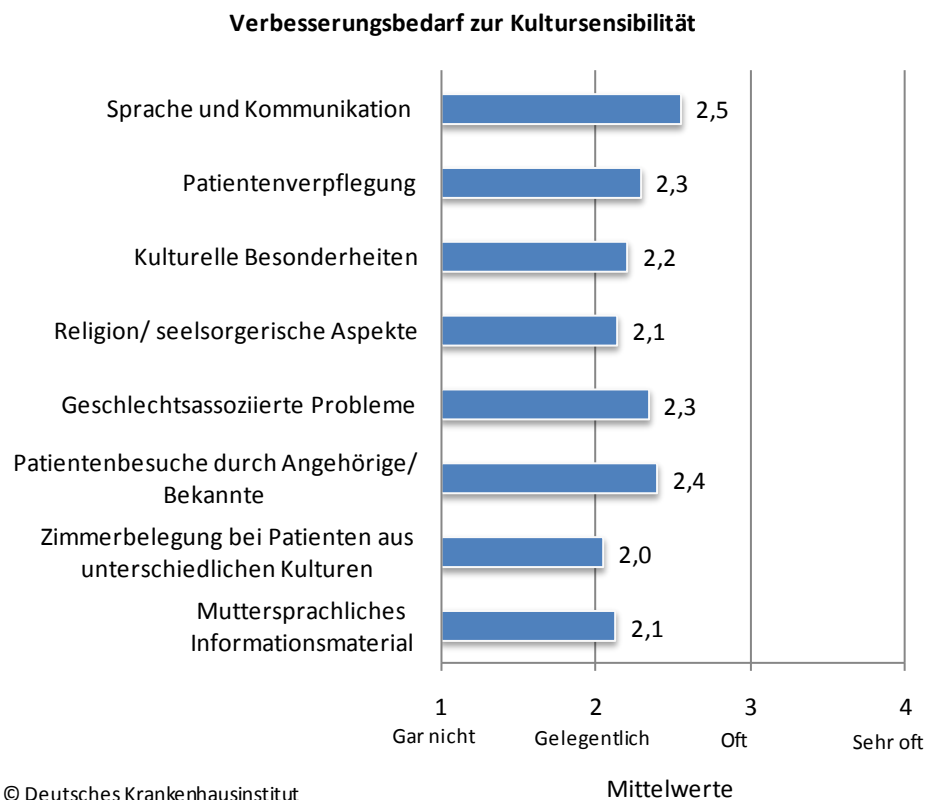


Abb. 46: Verbesserungsbedarf zur Kultursensibilität

In der weiteren Rangfolge folgen hier Patientenbesuche durch Angehörige oder Bekannte (z.B. große Besuchergruppen oder Besuche außerhalb der Besuchszeiten) geschlechtsas-

² Zur Thematik von Informations- und Kommunikationsverhalten vgl. ausführlich Kapitel 5.

soziierte Probleme (z. B. Pflege nur durch Personal des gleichen Geschlechts), die Patientenverpflegung (etwa hinsichtlich kultur- oder religionsspezifischer Ernährungsgewohnheiten), weitere kulturelle Besonderheiten (wie unterschiedliches Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Tod) und religiös-seelsorgerische Aspekte (etwa mit Blick auf Gebetsmöglichkeiten) sowie muttersprachliches Informationsmaterial und die Zimmerbelegung bei Patienten und Patientinnen aus unterschiedlichen Kulturkreisen.

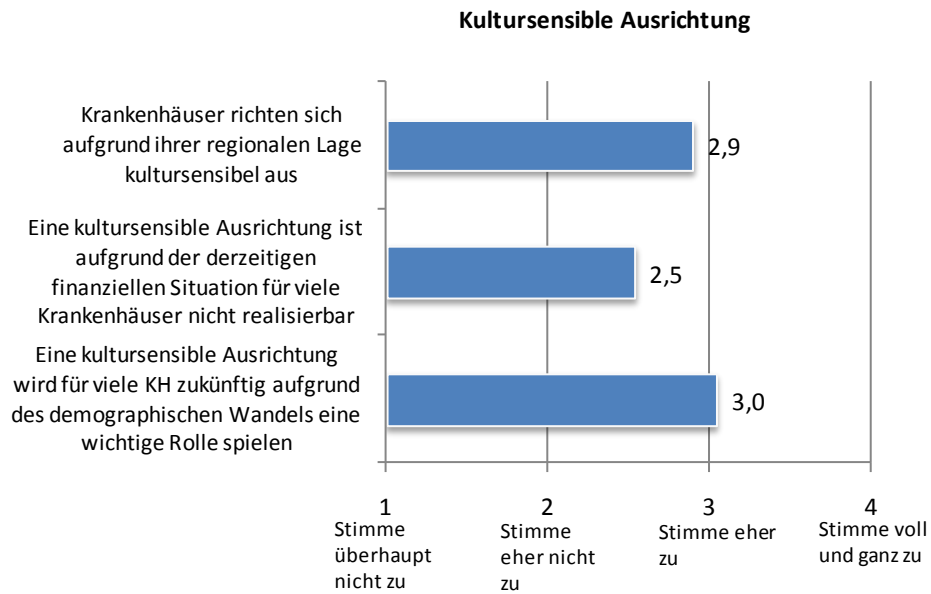
7.4 Determinanten der Kultursensibilität

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser schließlich noch prinzipiell zur aktuellen und zukünftigen Determinanten der Kultursensibilität von Krankenhäusern äußern. Die Abbildung 47 zeigt die Mittelwerte für die diesbezüglichen Aussagen.

Demnach sind die Befragungsteilnehmer mehrheitlich der Auffassung, dass Krankenhäuser sich vor allem auf Grund ihrer regionalen Lage kultursensibel ausrichten. Gut 84% stimmten dieser Aussage eher (77,2%) oder voll und ganz zu (7,0%). Das heißt je höher der Anteil der Migranten oder Personen mit Migrationsgeschichte ist, desto wichtiger wird aus naheliegenden Gründen die Kultursensibilität der Krankenhäuser eingeschätzt.

Die diesbezügliche Relevanz wird angesichts der demografischen Entwicklung künftig weiter zunehmen. Mehr als 90% der Befragten stimmten dieser Aussage eher (82,5%) oder voll und ganz zu (10,5%).

Partiell kann die angespannte wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser eine kultursensible Ausrichtung ihres Versorgungsangebotes erschweren, etwa falls die Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte zeitintensiver ist oder zusätzliche Qualifikationen erforderlich macht (z.B. hinsichtlich eines kultursensiblen Umgangs oder Fremdsprachenkenntnissen). Knapp die Hälfte der Krankenhäuser bejaht die Aussage, wonach eine kultursensible Ausrichtung auf Grund der derzeitigen finanziellen Situation für viele Krankenhäuser nicht real ist. Die andere Hälfte sieht weniger oder keine finanziellen Restriktionen für eine verstärkte interkulturelle Öffnung ihres Hauses.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 47: Kultursensible Ausrichtung

8 Diskussion

8.1 Zusammenfassung

Hintergrund und Methodik

Der Anteil der Personen mit Migrationsgeschichte in der Bevölkerung nimmt sukzessive zu. Dabei handelt es sich definitionsgemäß um zugewanderte und in Deutschland geborene Ausländer und Ausländerinnen sowie hier geborene Deutsche, bei denen zumindest ein Elternteil zugewandert ist oder als Ausländer/-in in Deutschland geboren wurde. Der steigende Migrantenanteil stellt auch die Krankenhäuser vor besondere Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in Nordrhein-Westfalen und die BKK vor Ort als gesetzliche Krankenkasse beim Deutschen Krankenhausinstitut eine Befragung zur Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen initiiert. Unterstützt wurde das Projekt von Faize Berger Management Services und einer projektbegleitenden Arbeitsgruppe mit Experten aus der Krankenhauspraxis.

An der standardisierten schriftlichen Krankenhausbefragung beteiligten sich 57 Allgemeinkrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ab 50 Betten (Rücklaufquote 16%). Trotz des geringen Rücklaufs war die Verteilung der Stichprobenkrankenhäuser nach den Merkmalen *Krankenhausgröße*, *Regionsgrundtyp* und *Migrantenanteil* im Einzugsgebiet näherungsweise proportional zur Merkmalsverteilung in der Grundgesamtheit. So lag der Migrantenanteil an den Standorten der Stichprobenkrankenhäuser demnach im Durchschnitt bei 23% und entsprach somit fast exakt dem Migrantenanteil in Nordrhein-Westfalen mit insgesamt 24%. Trotz des nicht zufriedenstellenden Rücklaufs sind die Daten für eine explorative Studie somit im Grundsatz belastbar. Damit wurden erstmalig für ein Bundesland in Deutschland auf statistisch breiterer Basis grundlegende Informationen zur Kultursensibilität der Krankenhäuser erfasst und analysiert.

Patienten/-innen und Personal mit Migrationsgeschichte

Derzeit haben 24% der in Nordrhein-Westfalen lebenden Menschen eine Migrationsgeschichte. Verglichen damit sind Migranten unter den Krankenhausbelegschaften sowie den Patienten und Patientinnen im Krankenhaus unterrepräsentiert. Nach den Ergebnissen der Krankenhausbefragung haben rund 17% der Krankenhauspatienten und –patientinnen bzw. gut 14% des Krankenhauspersonals eine Migrationsgeschichte.

Dabei handelt es sich um Schätzwerte, da der Migrantenstatus der Patienten und Patientinnen und des Personals in den Krankenhäusern nicht standardmäßig dokumentiert ist. Eine entsprechende Untererfassung ist daher ebenso wenig auszuschließen wie soziodemografische und soziokulturelle Effekte (wie eine geringere Krankenhausinanspruchnahme von Migranten wegen einer jüngeren Altersstruktur oder migrantenspezifische Unterschiede in der Berufswahl).

Selbst wenn der Migrantenstatus in engerem Sinne nicht routinemäßig dokumentiert wird, werden in vielen Krankenhäusern migrationsspezifische Merkmale von Patienten und Patientinnen oder des Personals erfasst. Dies betrifft insbesondere Sprachkenntnisse, so dass bei Patienten und Patientinnen ggf. Übersetzungsbedarf festgestellt oder bei Übersetzungen auf Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit entsprechenden Fremdsprachenkenntnissen rekurriert werden kann.

Management und Organisation

Für die Mehrzahl der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ist Kultursensibilität von strategischer Relevanz, insofern sie in der Unternehmensstrategie, in Leitbildern oder im Qualitätsmanagement ausdrücklich Berücksichtigung findet. Allerdings wird daraus bislang eher selten eine verbindliche Zielplanung abgeleitet. Auch kontinuierliche Verbesserungsprozesse und eindeutige personelle Zuständigkeiten zur Kultursensibilität sind noch eher die Ausnahme. So werden etwa je nach Bedarf Projekte zum Thema der Kultursensibilität initiiert, einschlägige Arbeitsgruppen gegründet oder Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationsgeschichte oder externe Fachleute (z.B. aus Migrantenorganisationen) in die Projektplanung eingebunden.

In den meisten Krankenhäusern gibt es eine Vielzahl von migrationsspezifischen Maßnahmen, Instrumenten und Kompetenzen. Diese betreffen nicht nur, aber schwerpunktmäßig den gesamten Bereich einschlägiger Informationen für die Krankenhausbelegschaft und die Patienten und Patientinnen sowie die Kommunikation von Personal und Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte.

So sind viele Krankenhäuser aktiv bemüht, das Informationsniveau ihrer Belegschaft zu den spezifischen Anforderungen und Bedürfnissen von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte zu erhöhen, ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einschlägig zu qualifizieren und deren sprachliche und kulturelle Kompetenzen für die tägliche Krankenhauspraxis zu nutzen. Zu diesem Zweck liegt nahezu in jedem Krankenhaus internes Informationsmaterial

zur Kultursensibilität vor. Dazu zählen u. a. Listen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen, Informationen über kulturelle und religiöse Besonderheiten oder Formulare und Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen.

Auch Kooperationen mit Migrantenorganisationen und Religionsgemeinschaften verbreiten sich zusehends. Dahingegen spielen kultursensible Aspekte in der Dienstplanung (etwa hinsichtlich Sprachkenntnisse oder einer gleichgeschlechtliche Versorgung) oder Marketing und Öffentlichkeitsarbeit zur Kultursensibilität bislang eine eher untergeordnete Rolle.

Information und Kommunikation

Für Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte sind fremdsprachliche Informationsmaterialien weit verbreitet. Dies betrifft insbesondere die grundlegenden Informationen zur Behandlung oder zum Haupteingriff, wie Aufklärungsbögen, Einverständniserklärungen und Informationen zu medizinischen Eingriffen, die nahezu standardmäßig vorliegen. Weniger verbreitet sind u. a. mehrsprachige Informationsmappen zum Krankenhausaufenthalt oder ein mehrsprachiger Internetauftritt.

Ansonsten erfolgen Übersetzungen für Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen im Wesentlichen mündlich. Dabei setzen die Krankenhäuser vor allem eigenes Personal aus den ärztlichen Diensten und dem Pflegedienst mit gleicher Muttersprache ein, daneben ggf. auch Angehörige der Patienten und Patientinnen. Professionelle Dolmetscher kommen, u. a. aus Kostengründen und Gründen der zeitnahen Verfügbarkeit, dagegen eher sporadisch zum Einsatz.

Nach Auffassung der befragten Krankenhäuser ist bei ihnen genügend bilinguales medizinisch-pflegerisches Personal für Übersetzungen vorhanden. Im Mittel stehen den Krankenhäusern derzeit für zehn Sprachen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für Übersetzungen zur Verfügung. Dabei dominieren neben dem Englischen vor allem türkisch, russisch, polnisch, arabisch sowie verschiedene südeuropäische Sprachen.

Der Übersetzungsbedarf bei Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen wird dabei überwiegend durch das Krankenhauspersonal, seltener durch Patienten und Patientinnen oder Angehörige selbst bestimmt. Standardmäßig erfolgen Übersetzungen durch fremdsprachiges Krankenhauspersonal vor allem bei der OP-Aufklärung, der Besprechung von Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen sowie bei der Anamnese, hingegen weniger in Alltagssituationen (z. B. Essen, Körperpflege etc.).

Patientenversorgung

Über Information und Kommunikation hinaus werden auch ansonsten bei der Patientenversorgung kultursensible Aspekte vielfach beachtet. Dies betrifft insbesondere die Unterkunft und die Verpflegung. Kulturelle oder religiöse Aspekte der Verpflegung finden in den meisten Krankenhäusern Berücksichtigung, zumindest derart, dass im Rahmen von Menüalternativen das Speiseangebot mit kulturspezifischen Essgewohnheiten vereinbar ist (z. B. Verzicht oder Ausweis von Gerichten mit Schweinefleisch/-fett), seltener hingegen im Sinne der Zubereitung von Speisen und Getränken nach (streng) religiösen Vorschriften (z.B. Halal).

Hinsichtlich der Unterkunft halten die meisten Krankenhäuser Gebetsräume oder Kapellen mit religiöser Ausstattung oder neutral gestaltete Religionsräume für alle Regionen sowie Aufbahrungsräume für Verstorbene vor. Ein Belegungsmanagement, das – sofern möglich und erwünscht - kulturelle, sprachliche oder religiöse Aspekte in der Zimmerbelegung mitberücksichtigt, gibt es standardmäßig in etwa jedem zweiten Krankenhaus. Kulturspezifische Medienangebote (ausländische Zeitungen, Radio- und Fernsehprogramme) sind hingegen seltener anzutreffen.

Diagnostik und Therapie von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte werden, ähnlich wie bei anderen Patienten und Patientinnen, maßgeblich durch die jeweilige Indikation und medizinische Behandlungsstandards bestimmt. Darüber hinaus gibt es aber migrationspezifische Anpassungen vor allem bei der Anamnese und Erfassung psychosomatischer Hintergründe, hingegen seltener bei der Diagnostik und Therapie im engeren Sinne.

Dahingegen ist es nach Auffassung der Krankenhäuser notwendig, bei Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte die psychosoziale Betreuung kultursensibel anzupassen. Das betrifft in erster Linie die verstärkte Berücksichtigung religiöser Vorstellungen, kulturspezifische Aspekte der Sterbephase, kulturelle Unterschiede im Schamgefühl oder der Intimsphäre sowie die vermehrte Einbindung von Angehörigen in den Behandlungsprozess.

Ausblick

Den Nutzen einer interkulturellen Öffnung stufen die Krankenhäuser als eher hoch ein, gleichermaßen hinsichtlich einer Steigerung der Patientenzufriedenheit, der Mitarbeiterzufriedenheit und der Versorgungsqualität. Den aktuellen Umsetzungsstand kultursensibler Aspekte ihres Krankenhauses sehen die Befragungsteilnehmer indes im Mittel als eher gering an. Allerdings sehen viele Krankenhäuser auch nur bedingt die Notwendigkeit, sich kultursensibel auszurichten, etwa auf Grund der demografischen Strukturierung des Einzugsgebietes,

anderweitiger Patientenerwartungen bei Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte oder fehlender finanzieller Ressourcen.

Einig waren sich die Befragungsteilnehmer gleichwohl darin, dass eine kultursensible Ausrichtung für viele Krankenhäuser auf Grund des demografischen Wandels künftig eine wichtige Rolle spielen wird.

8.2 Bewertung

Mit der Befragung nordrhein-westfälischer Krankenhäuser erfolgte erstmalig eine grundlegende Bestandsaufnahme zur Kultursensibilität der Krankenhäuser in einem Bundesland. Die Ergebnisse fallen insgesamt heterogen aus. Auf der einen Seite gibt es eine Reihe positive Ansätze für die Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen.

- Hervorhebenswert ist insbesondere, dass es in der Summe je Krankenhaus wie über alle Krankenhäuser zahlreiche Aktivitäten und Maßnahmen gibt, die Kultursensibilität der stationären Versorgung zu fördern und zu verbessern. Dies betrifft gleichermaßen das strategische und operative Management, die Organisation- und Personalentwicklung, das Informations- und Kommunikationsverhalten sowie unterschiedlichste Aspekte und Prozesse der Patientenversorgung.
- Des Weiteren gibt es unter den Krankenhausbelegschaften in Nordrhein-Westfalen eine Fülle kultursensibler Kompetenzen und Qualifikationen. Diese sind zum einen zurückzuführen auf die individuelle Migrationsgeschichte einer relevanten Minderheit von Krankenhausmitarbeitern. Zum anderen sind sie das Ergebnis von einschlägiger Information und Aufklärung des Personals durch die Krankenhäuser sowie spezifischer Schulungs- oder Fortbildungsmaßnahmen.
- Sowohl die zahlreichen kultursensiblen Maßnahmen als auch das kulturspezifische Know-how unter den Krankenhausmitarbeitern reflektieren die grundsätzliche Bedeutung der Thematik in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern. Die strategische Relevanz des Themas spiegelt sich überdies in der Unternehmensstrategie und in den Leitbildern der meisten Krankenhäuser wider. Die perspektivische Bedeutung des Themas ist unter den Krankenhäusern ist angesichts des demografischen Wandels ohnehin unstrittig.

Auf der anderen Seite gibt es mit Blick auf die Kultursensibilität der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser jedoch noch Verbesserungspotenziale:

- So gibt es teilweise noch keine umfassende strategische und operative Zielplanung für die Kultursensibilität von Krankenhäusern. Selbst wenn die strategische Relevanz der Thematik grundsätzlich anerkannt ist, werden daraus nur bedingt Vorgaben mit Blick auf die konkrete Umsetzung abgeleitet. Dies betrifft etwa die Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zur Kultursensibilität, die Standardisierung von Prozessen oder die Definition von messbaren Zielgrößen.
- Des Weiteren gibt es in einer Reihe von Häusern noch keine durchgängige Erfolgskontrolle ihres kultursensiblen Handelns. Somit ist teilweise offen, inwiefern einschlägige Maßnahmen und Instrumente zur Kultursensibilität den Anforderungen der Patientenversorgung, den Erwartungen des Krankenhauspersonals und, sofern vorhanden, einzelnen Zielvorgaben tatsächlich genügen. Letztendlich muss die Kultursensibilität der Krankenhausversorgung von den Patienten und Patientinnen selbst bewertet werden, etwa im Rahmen des Beschwerdemanagements oder von Patientenbefragungen. Allerdings kommen fremdsprachliche Fragebögen bislang kaum zum Einsatz. Des Weiteren ist unklar, inwieweit entsprechende Erhebungsinstrumente kulturspezifische Aspekte überhaupt erfassen bzw. die Ergebnisse auch spezifisch für Patienten mit Migrationsgeschichte ausgewertet werden (können).
- Schließlich ist zwar zu konstatieren, dass es in der Summe zahlreiche Aktivitäten zur Kultursensibilität in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern gibt. Zum einen ist aber offen, inwieweit diese konzeptionell integriert oder aufeinander abgestimmt sind. Zum anderen gibt es noch Verbesserungspotenziale beim Verbreitungs- und Durchdringungsgrad: So bestehen etwa noch größere Varianzen in der Kultursensibilität zwischen den Krankenhäusern. Innerhalb der Krankenhäuser sind einschlägige Maßnahmen teilweise erst partiell umgesetzt, sei es mit Blick auf die Durchdringung über Fachabteilungen und Berufsgruppen oder die Standardisierung von Prozessen und Verantwortlichkeiten.

Nichtsdestotrotz zeigen die Ergebnisse, dass die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sich auf den Weg gemacht haben, ihre Kultursensibilität zu verbessern und die Patientenversorgung migrantenfreundlich auszurichten.

8.3 Praktische Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund bestehender Entwicklungs- und Verbesserungspotenziale sind nachfolgend Handlungsempfehlungen zur Förderung der Kultursensibilität im Krankenhaus aufgeführt. Die Empfehlungen decken sich in wichtigen Teilen mit Positionspapieren aus anderen Quellen. Zu nennen sind hier in erster Linie Empfehlungen des Bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit (2009), eine Checkliste für ein kultursensibles Pflegeprofil durch den Arbeitskreis Kultursensible Pflege, eine Checkliste zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern der Alice-Salomon-Hochschule Berlin (Borde & David, 2004), eine Publikation des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit zur migrantenfreundlichen Versorgung in Gesundheitsinstitutionen (Saladin, 2006) sowie die Amsterdamer Erklärung für migrantenfreundliche Krankenhäuser, die aus einem entsprechenden EU-Projekt entwickelt wurde (MFH, 2005).

Die Gliederung der Handlungsempfehlungen orientiert sich an den Hauptkapiteln der vorliegenden Studie. Die Handlungsempfehlungen sind dabei bewusst konzise gehalten.

Management und Organisation

- Strategie

Die Kultursensibilität des Krankenhauses sollte nach Möglichkeit strategische Relevanz haben, also in der Unternehmensstrategie oder im Leitbild verankert sein. Aus der Unternehmensstrategie sind ggf. strategische und operative Ziele bzw. konkrete Handlungsmaßnahmen zur Kultursensibilität abzuleiten. Die interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern ist eine Führungsaufgabe, die sowohl von der Geschäftsführung als auch von den Führungskräften in den Fachabteilungen und Berufsgruppen initiiert, kommuniziert und unterstützt werden sollte.

- Organisationsentwicklung

Die Organisationsentwicklung zur Kultursensibilität sollte systematisch und standardisiert im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses erfolgen. Eine hohe Standardisierung und Systematik wird über eine strukturierte Planung, Umsetzung, Evaluation und Weiterentwicklung von Maßnahmen und Projekten zur Kultursensibilität erreicht. Die Zielorientierung mit Blick auf strategische und operative Ziele zur Kultursensibilität wird damit ebenso gewährleistet wie eine Erfolgskontrolle hinsichtlich der Zielerreichung.

- Personelle Zuständigkeiten

Für die Konzeption, Planung, Umsetzung und Evaluation migrationsspezifischer Maßnahmen und Aktivitäten sollten Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten festgelegt sein. Dies kann beispielsweise projektbezogen erfolgen (etwa in Form von Arbeitsgruppen zum Thema der Kultursensibilität), aufgaben- oder funktionsbezogen (z. B. im Rahmen des Qualitätsmanagements) oder personenbezogen (etwa über eine entsprechende Beauftragtenfunktion). Jedes Krankenhaus sollte – je nach individuellen Rahmenbedingungen, verfügbaren Ressourcen und jeweiligen Prioritäten - für sich entscheiden können, wie es die entsprechenden Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten am besten regelt. Unabhängig von entsprechenden Regelungen ist kultursensibles Handeln aus naheliegenden Gründen eine Aufgabe aller Krankenhausmitarbeiter und -mitarbeiterinnen.

- Personalentwicklung

Die Krankenhausmitarbeiter und –mitarbeiterinnen sind gezielt zum Umgang mit Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte zu qualifizieren. Neben einer interkulturellen Sensibilisierung (also der Reflektion eigener und fremder kultureller Prägungen und Wertvorstellungen) ist dabei insbesondere konkretes Praxis- oder Handlungswissen zu vermitteln, das zu einer migrantenorientierten Patientenversorgung befähigt. Diesbezügliche Fortbildungspläne sollen nach Möglichkeit gezielt auf die einzelnen Fachabteilungen und Berufsgruppen ausgerichtet sein. Auch in den Lehrplänen der Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe sollte das Thema der Kultursensibilität verstärkt Berücksichtigung finden.

- Dokumentation

Alle relevanten migrationsspezifischen Dokumente und Materialien sollten zentral erfasst werden und allgemein zugänglich sein (z. B. im Intranet oder über Dokumentationsordner). Dazu zählen etwa Listen mit Dolmetschern und eigenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Fremdsprachenkenntnissen, Informationsmaterialien und Formulare in verschiedenen Sprachen, Hinweise oder Links zu kulturellen oder religiösen Besonderheiten, Kontaktadressen von Migrantenorganisationen oder Religionsgemeinschaften etc. Die entsprechenden Dokumente sollten regelmäßig gepflegt, aktualisiert und ergänzt werden.

- Kooperationen

Zur Förderung der Kultursensibilität können die Krankenhäuser gezielt mit Organisationen und Vertretern zusammenarbeiten, die kulturspezifische Belange repräsentieren. Dies kann

etwa mit Blick auf kultursensible Informations- und Beratungsangebote, gesundheitsbezogene Dienstleistungen oder religiöse Fragen erfolgen. Mögliche Kooperationspartner sind beispielsweise Migrantenorganisationen, religiösen Gemeinschaften oder auf Migranten spezialisierte Beratungs- und Behandlungseinrichtungen.

Information und Kommunikation

- Übersetzungen

Für Übersetzungen bei Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen sollten Übersetzer verfügbar sein. Dies können, je nach Situation der Klinik oder je nach Patient oder Patientin, professionelle Dolmetscher oder Krankenhauspersonal mit einschlägigen Fremdsprachenkenntnissen sein. Fremdsprachenkenntnisse der Krankenhausbelgschaft sind zu diesem Zweck zu erfassen und (zentral) zu dokumentieren. Soweit dies möglich und sinnvoll ist, können Sprachkompetenzen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ggf. in die Personaleinsatz- oder Dienstplanung Eingang finden. Fortbildungen von Krankenhauspersonal können auch der Vertiefung oder gezielten Anwendung von Sprachkenntnissen für das Patientengespräch bei Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen dienen.

- Fremdsprachliche Dokumente

Wichtige Dokumente und Informationsmaterialien für Patienten und Patientinnen sollten mehrsprachig vorliegen, zumindest für die häufigsten Herkunftsländer von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte. Dies betrifft vor allem Dokumente zur Krankenhausbehandlung, wie Aufklärungsbögen und Einverständniserklärungen oder Informationsmaterial zu bestimmten Krankheiten und Eingriffen. Es bietet sich ggf. an, hier, soweit wie möglich und sinnvoll, auf externe und sprachlich wie rechtlich geprüfte Dokumente zurückzugreifen (z.B. von Fachverlagen). Krankenhausindividuell sind hingegen Form- und Merkblätter zum Krankenhausaufenthalt (z. B. Patienteninformationsmappen) oder auch ein mehrsprachiger Internetauftritt zu gestalten und zu übersetzen.

- Kommunikations- und Verhaltensempfehlungen

Mit Blick auf die Stärkung der kultursensiblen Kompetenzen des Personals erscheinen Kommunikations- und Verhaltensempfehlungen sinnvoll, nach Möglichkeit schriftlich fixiert und allgemein zugänglich. Bei Patienten und Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen bedeutet dies etwa einfache und kurze Sätze, verlangsamte Sprachgeschwindigkeit, Vermeidung von Fachtermini oder die vermehrte Formulierung von offenen Fragen. Verhaltens-

empfehlungen können sich beispielsweise auf kulturspezifische Unterschiede in der Gestik, von Tabus und sozialen Regeln beziehen (z. B. abweichende hygienische oder Schamvorstellungen).

- Erfassung der Patientenzufriedenheit

Eine Patienteneinschätzung zur Kultursensibilität durch die Betroffenen oder ihre Angehörigen ist zu gewährleisten. Zu diesem Zweck ist etwa im Rahmen des Beschwerdemanagements oder von Patientenbefragungen der Migrationsstatus standardmäßig zu erfassen und in den entsprechenden Auswertungen zu berücksichtigen. Ggf. können auch fremdsprachliche Erhebungsinstrumente sowie zielgruppenorientierte Fragebögen zum Einsatz kommen, die eigens migrationspezifische Fragestellungen erfassen.

Patientenversorgung

- Diagnostik, Therapie und Pflege

Die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte ist maßgeblich durch die jeweilige Indikation und medizinisch-pflegerische Standards bestimmt. Allerdings können die Manifestation von Krankheiten und Medikamenten(neben)wirkungen, subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, die Symptomwahrnehmung und -artikulation sowie die Patientenadhärenz kulturspezifisch oder ethnisch variieren. Das entsprechende Bewusstsein und Know-How sollte beim Krankenhauspersonal daher vorhanden sein, um bei Bedarf Abweichungen von den üblichen Standards vornehmen zu können. Basis hierfür können entweder einschlägige Fortbildungen oder krankenhausesinternes Informationsmaterial sein.

- Religiös-seelsorgerische Aspekte

Ein migrantenfreundliches Krankenhaus beachtet die religiöse Ausrichtung bzw. religiöse Wertvorstellungen von Patienten und Patientinnen unterschiedlicher Religionen. So können neben den in vielen Häusern vorhandenen christlichen Kapellen z. B. ein nach muslimischen Bedürfnissen ausgerichteter Raum zur Verfügung stehen. Auch das Angebot weiterer religiöser Räumlichkeiten (wie Ruhe- oder Meditationsräume) steht für ein kultursensibles Krankenhaus, in dem Patienten und Patientinnen verschiedener Kulturen und Religionen ihre religiösen Rituale praktizieren können. Für Verstorbene sollte ein Aufbahrungs- oder Abschiedsraum vorhanden sein, in dem auch religiöse Rituale ausgeübt werden können.

- Verpflegung

Ein migrantenfreundliches Krankenhaus beachtet religiöse oder kulturelle Besonderheiten in der Verpflegung. Deswegen sollte das Krankenhaus Essgewohnheiten und Speisevorschriften anderer Religionen und Kulturen (ggf. auch hinsichtlich der Zubereitung) berücksichtigen. Speiseplan und Menüauswahl sollten daher unterschiedlichen kulturellen und religiösen Traditionen und Vorlieben Rechnung tragen. Daneben ist ggf. die Möglichkeit zu sondieren, mitgebrachtes Essen in separaten Bereichen zuzubereiten oder aufzuwärmen.

- Belegungsmanagement

Sofern von den Patienten und Patientinnen ausdrücklich erwünscht oder die Belegungssituation dies zulässt, können kulturelle Aspekte ggf. auch in der Belegungsplanung Berücksichtigung finden.

- Medienangebot

Beim Medienangebot sollten Fernseh- oder Radiosender ausgewählter Herkunftsländer von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte empfangen werden können. Das gleiche gilt analog für das Angebot an Printmedien.

- Besondere Angebote für Migranten

Ergänzend zu den Regelleistungen des Krankenhauses können ggf. besondere Angebote für Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte offeriert werden, wie migrationsspezifische Versorgungs-, Beratungs- oder Informationsangebote. Dazu zählen beispielsweise fremdsprachliche Sprechstunden, zielgruppenspezifische Informationsveranstaltungen und Klinikführungen oder besondere Beratungsangebote, z.B. zur Geburtsvorbereitung oder zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

- Patientenüberleitung

Mit Blick auf die sektorübergreifende Versorgung ist bei Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte eine angemessene Patientenüberleitung ins Krankenhaus bzw. aus dem Krankenhaus erforderlich. Bei der Patientenaufnahme sollten daher der Migrantenstatus bzw. damit zusammenhängende kulturspezifische Bedürfnisse und Erwartungen standardmäßig erfasst und dokumentiert werden, um daraus ggf. gezielt Konsequenzen für eine kultursensible Versorgung ableiten zu können. Im Rahmen des Entlassungsmanagements sind kulturspezifische Besonderheiten der Nachsorge sowohl im häuslichen Umfeld als auch durch andere Gesundheitseinrichtungen zu berücksichtigen.

Ausblick

Die genannten Empfehlungen sind selbstverständlich nur ein Ausschnitt möglicher kultursensibler Maßnahmen und Instrumente für Krankenhäuser. Zum einen müssen sie spezifiziert oder angepasst und im Kontext des einzelnen Krankenhauses umgesetzt werden. Zum anderen sind Erweiterungen, Varianten und Alternativen denkbar, welche Krankenhäuser vor dem Hintergrund ihrer individuellen Rahmenbedingungen, Kompetenzen und Zielsetzungen entwickeln.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern ein schrittweiser und kontinuierlicher Prozess ist. D.h. es ist nicht zu erwarten, dass alle Krankenhäuser unmittelbar alle möglichen Maßnahmen umsetzen können oder wollen, etwa aus personellen, organisatorischen oder finanziellen Gründen. Vielmehr werden viele Krankenhäuser im Rahmen ihrer Möglichkeiten zunächst eine Auswahl oder Priorisierung vornehmen und bestimmte Maßnahmen erst mittel- oder langfristig, unter Umständen überhaupt nicht umsetzen. Denn teilweise sehen Krankenhäuser nur begrenzt die Notwendigkeit einer stärkeren interkulturellen Öffnung, etwa auf Grund der demografischen Struktur des Einzugsgebietes oder weil ggf. relativ wenige Patienten mit Migrationsgeschichte eine kultursensible Versorgung im engeren Sinne wünschen oder erwarten.

Kultursensibilität entsteht somit immer in der konkreten Interaktion von Krankenhauspersonal und Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte. Die Kompetenz zum kultursensiblen Handeln besteht im Kern aus einer professionellen Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext (Saladin, 2006). Dies bedeutet, dass das Krankenhauspersonal die eigenen kulturellen Prägungen erkennt und reflektiert, um seinerseits die kulturellen Prägungen und Wertvorstellungen von Migranten besser einordnen, verstehen und berücksichtigen zu können; dafür geben die o.g. Handlungsempfehlungen eine wichtige Orientierung. Dies bedeutet aber gleichermaßen, eine „Kulturalisierung“ von Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte (Saladin, 2006), d.h. eine Behandlung dieser Patientenklientel gemäß kulturspezifischer Stereotypen unabhängig von ihren Wünschen und Erwartungen bzw. lebensweltlichen Zusammenhängen zu vermeiden. Insofern sind einschlägige Handlungsempfehlungen nicht als starre Regeln zu verstehen.

Vielmehr sollten Patienten und Patientinnen mit Migrationsgeschichte, ähnlich wie andere Patienten und Patientinnen auch, entsprechend ihrem spezifischen Bedarf und ihren individuellen Bedürfnissen behandelt werden. Die Grenzen zwischen kultursensibler Behandlung und individueller Patientenorientierung sind daher fließend.

Literatur

Arbeitskreis Kultursensible Pflege: Checkliste für ein kultursensibles Pflegeprofil, Berlin o.J.

Borde, T. David, M. (2004): Checkliste „Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen“. Alice-Salomon-Hochschule: Berlin

(<http://www.asfh-berlin.de/hsl/freepage.phtml?freeid=121&id=252>)

Bundesweiter Arbeitskreis für Migration und öffentliche Gesundheit (2009): Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten benötigt eine(n) Migrations-/Migranten/- oder Integrationsbeauftragten. München, Köln, Marburg

IT.NRW (2010): Mikrozensus 2010. it.nrw.de: Düsseldorf

Knipper, M./Bilgin, Y. (2009): Migration und Gesundheit. Konrad-Adenauer-Stiftung: St. Augustin

Migrant Friendly Hospitals (Hrsg.) (2005): Amsterdamer Erklärung für migrantenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa. Amsterdam

Saladin, P. (Hrsg.) (2006): Diversität und Chancengleichheit. Bundesamt für Gesundheit: Bern

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2010): Zuwanderungsstatistik. www.mais.nrw.de: Düsseldorf

Anhang I: Fragebogen „Kultursensibles Krankenhaus“

Kultursensibles Krankenhaus

Umfrage 2012

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei der Befragung zum Thema „Kultursensibles Krankenhaus“ benötigen wir Ihre Hilfe. Der Vielfältigkeit der Bevölkerung wird bei der Krankenhausversorgung vielerorts schon Rechnung getragen. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund – so die Bevölkerungsprognosen – wird zukünftig zunehmen. Hier setzt das Projekt an:

Ziele des Projektes:

- Bestandsaufnahme der Umsetzung kultursensibler Aspekte
- Identifikation möglicher Probleme bei der Umsetzung in NRW
- Einordnung der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Patientenlientel / regionalen Lage
- Analyse eines für die Krankenhäuser zukünftig ggf. relevanten Themas

Das sichern wir Ihnen zu:

- Kein Benchmarking der Krankenhäuser
- Keine Veröffentlichung, welches Krankenhaus was umgesetzt hat (strikte Vertraulichkeit!)
- Keine Weitergabe von Daten
- Keine Vorgabe von allgemeingültigen Standards

Der Erhebungsbogen enthält einzig zur Projektsteuerung eine laufende Nummer. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Selbstverständlich werden die Ergebnisse ausschließlich anonymisiert dargestellt, so dass Rückschlüsse auf einzelne Krankenhäuser nicht möglich sind. D.h. die Initiatoren erfahren nicht, was Sie persönlich geantwortet haben.

Alle nordrhein-westfälischen Krankenhäuser wurden in die repräsentative Stichprobe einbezogen. Wir bitten Sie deshalb, uns bei der Erhebung zu unterstützen und die Fragen möglichst vollständig zu beantworten.

Sie können den Fragebogen auch **online** beantworten. Zur **Online-Befragung** gelangen Sie, indem Sie den Link in der Email, die Sie parallel von uns erhalten haben (Absender: forschung@dki.de), anklicken. Sollte Ihnen keine Email vorliegen, dann können Sie Ihren Link gerne per Mail über forschung@dki.de anfordern.

Die Ergebnisse der Umfrage sind nach Freigabe als kostenloser Download auf der Homepage des DKI abrufbar (www.dki.de). Auf Wunsch senden wir Ihnen die Ergebnisse zu, wenn Sie uns Ihre E-Mail-Adresse angeben.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

Dr. Karl Blum
Tel.: 0211 / 47 051-17
E-Mail: karl.blum@dki.de

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Erhebungsbogen baldmöglichst mit beiliegendem Rückkuvert zu.

Adresse: **Deutsches Krankenhausinstitut, Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem für die Krankenhäuser wichtigen Projekt!

Einige Begriffserklärungen sind vorab notwendig:

Was meinen wir mit dem Begriff **Patienten mit Migrationshintergrund**?

In Anlehnung an die Definition des Mikrozensus sind damit alle Patienten gemeint, die entweder selbst eingewandert sind oder einen Elternteil haben, der eingewandert ist oder keinen deutschen Pass hat. Konkret heißt dies, dass es sich um Patienten handelt, die ein anderes Land als Deutschland als Herkunftsland oder als Herkunftsland der Eltern haben.

Was ist unter dem Begriff **Kultursensibilität** zu verstehen?

Kultursensibilität ist die Aufmerksamkeit für die kulturellen Prägungen und Bedürfnisse aller zu behandelnden und pflegenden Menschen im Krankenhaus sowie für die Folgen des medizinischen und pflegerischen Handelns. Kultursensibilität beginnt mit der Erkenntnis, dass es Unterschiede zwischen den Kulturen gibt. Ein kultursensibles Krankenhauspersonal erkennt in allen seinen Patienten ein einzigartiges Individuum und versucht bei der Leistungserbringung in den Bereichen Diagnose, Therapie und Adhärenz deren Erfahrungen, Werte, Überzeugungen sowie Sprachen zu integrieren.

1 Betriebliche Organisation / Krankenhausmanagement

1A Welche der folgenden Aspekte zur Kultursensibilität wurden in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. sind in Planung ?	Nein, auch nicht ange-dacht	Nein, aber Zukunfts-thema	Ja, konkret in Pla-nung	Ja, umge-setzt
Berücksichtigung migrationsspezifischer Aspekte in der Unternehmensstrategie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung migrationsspezifischer Aspekte im Krankenhausleitbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung migrationsspezifischer Aspekte im Pflegeleitbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung migrationsspezifischer Aspekte im Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gründung von Projekt- / Arbeitsgruppen zum Thema „Kultursensibilität“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung verbindlicher Ziele zur Kultursensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung konkreter Handlungsmaßnahmen zur Kultursensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung der Verantwortlichkeiten zur Kultursensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung des Erfolgs kultursensibler Änderungen / Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezielte Öffentlichkeitsarbeit zur Kultursensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund in die konkrete Planung migrationsspezifischer Projekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung externer Hilfe / Fachpersonen (z.B. Migrantenselbsthilfeorganisationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einstellung / Benennung eines Integrations-, Migrations-, Migrantenbeauftragten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung von sonstigen Funktionen / Stellen für migrationsspezifische Aspekte (z.B. eines speziellen Sekretariats)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellung von schriftlichen Verfahrensanweisungen zur Zusammenarbeit zwischen Dolmetschern und Krankenhauspersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1B	Ja	Nein		
Haben Sie untersucht , in welchen Bereichen Sie Anregungen oder Verbesserungsbedarf bei der Versorgung und Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund haben könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit 1D	

1C Inwieweit wurde im Jahr 2011 in Ihrem Krankenhaus in folgenden Bereichen möglicher Verbesserungsbedarf oder mögliche Anregungen bei der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund identifiziert?	Gar nicht	Gelegentlich	Oft	Sehr oft
Sprache und Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenverpflegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Besonderheiten (z.B. unterschiedliches Verständnis von Krankheit, Gesundheit und Tod)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religion / seelsorgerische Aspekte (z.B. Gebetsmöglichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsassoziierte Probleme (z.B. Pflege nur durch Personal des gleichen Geschlechts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenbesuche durch Angehörige / Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zimmerbelegung bei Patienten aus unterschiedlichen Kulturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muttersprachliches Informationsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1D Welche der folgenden Aspekte sind für die Mitarbeiter gut zugänglich , z.B. im Intranet oder über Aushänge etc.?			
Liste anerkannter professioneller Dolmetscher	<input type="checkbox"/>	Liste von Mitarbeitern mit Fremdsprachenkenntnissen	<input type="checkbox"/>
Liste auf Migrantengruppen spezialisierter ambulanter / komplementärer Dienste	<input type="checkbox"/>	Liste auf Migrantengruppen spezialisierter Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>
Informationen über kulturelle / religiöse Besonderheiten	<input type="checkbox"/>	Fort- und Weiterbildungsangebote zu interkulturellen Themen	<input type="checkbox"/>
Nützliche Links (z.B. Selbsthilfegruppen für Migranten)	<input type="checkbox"/>	Übersetzte Formulare (z.B. Aufnahmebogen)	<input type="checkbox"/>
Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen (z.B. Broschüren über das Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>	Liste von regionalen Ansprechpartnern der großen Religionen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:			<input type="checkbox"/>

1E	Ja	Nein
Berücksichtigen Sie bei der Dienstplanung standardmäßig kulturspezifische Aspekte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, wo und wie?		

2 Versorgung und Diagnostik

2A Inwieweit wird in Ihrem Haus bei Patienten mit Migrationshintergrund – bei Bedarf – vom üblichen Standard abgewichen?	Gar nicht	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Berücksichtigung migrationsspezifischer Aspekte bei der Anamnese (z.B. Erfassung lebenslagenspezifischer Informationen von Migranten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderte / alternative Diagnostik / Untersuchungsmethoden (z.B. andere schriftliche diagnostische Tests)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2A Inwieweit wird in Ihrem Haus bei Patienten mit Migrationshintergrund – bei Bedarf – vom üblichen Standard abgewichen?	Gar nicht	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Veränderte / alternative Therapien / Behandlungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Schmerzskalen / Schmerzmessung (z.B. Dolometer; Modelle, um Schmerzen zu lokalisieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderter Einsatz von Medikamenten (z.B. Berücksichtigung von kulturspezifischen Unterschieden bei der Wirkung von Medikamenten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Berücksichtigung psychosomatischer Hintergründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachliche Leitlinien, die kulturelle Faktoren einbeziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2B Bei welchen der folgenden Aspekte sehen Sie die Notwendigkeit , bei Patienten mit Migrationshintergrund , wenn nötig und möglich, anders zu agieren als bei anderen Patienten? Bitte denken Sie dabei an die Erfahrungen Ihres Krankenhauses.			
Verstärkte Berücksichtigung kulturspezifischer / religiöser Vorstellungen	<input type="checkbox"/>	Verstärkte Berücksichtigung kulturspezifischer Unterschiede des Schamgefühls / der Intimsphäre (z.B. Pflege durch gleichgeschlechtliches Personal)	<input type="checkbox"/>
Stärkere Einbindung der Angehörigen / Freunde / anderer Bezugspersonen	<input type="checkbox"/>	Verstärkte Erhebung von Erklärungsmodellen / subjektiven Krankheitstheorien der Patienten	<input type="checkbox"/>
Verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit	<input type="checkbox"/>	Besondere Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte der Sterbephase / nach dem Tod (z.B. ständige Anwesenheit von Angehörigen)	<input type="checkbox"/>
Verstärkte Möglichkeit, dass Angehörige mit pflegen / betreuen	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

3 Informations- und Kommunikationsverhalten

3A	Ja	Nein	
Gibt es in Ihrem Haus schriftliche Kommunikations“regeln“ oder verbindliche Vorgaben für die Kommunikation mit Patienten mit geringen Deutschkenntnissen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔ weiter mit 3C

3B Welche der folgenden Aspekte sind in den Kommunikations“regeln“ oder verbindlichen Vorgaben geregelt? Personal soll...			
...verstärkt (offene) Fragen stellen	<input type="checkbox"/>	...sich verstärkt versichern, ob Gesagtes verstanden wurde (z.B. dass Patienten wissen, um welche Körperorgane es geht)	<input type="checkbox"/>
...vermehrt erfragen, welche Vorkenntnisse Patienten haben (z.B. über Vorbehandlung, Operation, eingenommene Medikamente)	<input type="checkbox"/>	...einen ans sprachliche Niveau angepassten Sprachstil verwenden (z.B. kurze Sätze, langsam und deutlich sprechen, weniger Fachausdrücke)	<input type="checkbox"/>
...verstärkt auf nonverbale Zeichen der Patienten achten (z.B. kulturelle Unterschiede bei Gesten wie Kopfnicken)	<input type="checkbox"/>	...vermehrt visuelle Kommunikationshilfen / Bilder / Modelle einsetzen (z.B. Körperatlanten)	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:			<input type="checkbox"/>

3C Werden die folgenden Materialien / Formulare / Angebote standardmäßig in verschiedenen Sprachen angeboten?	Nein, auch nicht angedacht	Nein, aber geplant	Ja, in einer Fremdsprache	Ja, in mehreren Fremdsprachen
Form- und Merkblätter zum Aufenthalt (z.B. Patienteninformationsmappen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einverständniserklärungen (z.B. über die OP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmaterialien über medizinische Eingriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmaterialien zu verschiedenen Erkrankungen (z.B. Broschüren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetauftritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobile medizinische Übersetzungsprogramme (z.B. ePhrasebooks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie Materialien / Formulare / Angebote in Fremdsprachen vorhalten, in welchen dann hauptsächlich?

3D Welche der folgenden **Aspekte / Materialien / Dinge** stehen in Ihrem Haus **standardmäßig** in **verschiedenen Sprachen** bzw. **sprachunabhängig** zur Verfügung?

Beschilderung im Krankenhaus (z.B. in Form von Piktogrammen)	<input type="checkbox"/>	Speisepläne (z.B. übersetzt, mit Piktogrammen, Bildern)	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:			<input type="checkbox"/>

3E Inwieweit werden in Ihrem Krankenhaus die folgenden Personen als Dolmetscher oder Übersetzer bei der Behandlung von Patienten mit geringen Deutschkenntnissen hinzugezogen?	Gar nicht	Gelegentlich	Oft	Immer
Kinder und jugendliche Angehörige des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Angehörige / Freunde / Bekannte des Patienten (exklusive Kinder und Jugendliche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zimmernachbarn / andere Patienten des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliches Personal mit gleicher Muttersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegerisches Personal mit gleicher Muttersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Personal (z.B. Reinigungskräfte) mit gleicher Muttersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speziell ausgebildete professionelle Dolmetscher / Übersetzer des Krankenhauses (interne Mitarbeiter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speziell ausgebildete professionelle Dolmetscher / Übersetzer außerhalb des Krankenhauses (z.B. Gemeindedolmetscher, professionelle Büros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Personen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3F Bei welchen Behandlungs- und Versorgungssituationen werden bei Patienten mit geringen Deutschkenntnissen Übersetzer / Dolmetscher oder fremdsprachiges Personal standardmäßig hinzugezogen ?				
Anamnese / Behandlungsbeginn	<input type="checkbox"/>	Durchführung von Untersuchungen / Diagnostik	<input type="checkbox"/>	
Besprechung von Diagnose / Untersuchungsergebnissen / Behandlungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	OP-Aufklärung	<input type="checkbox"/>	
Visite	<input type="checkbox"/>	In Alltagssituationen (z.B. Essen, Körperpflege)	<input type="checkbox"/>	
Bei Notfällen	<input type="checkbox"/>	Gar nicht	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges, und zwar:			<input type="checkbox"/>	
3G Wie erfahren die Patienten mit geringen Deutschkenntnissen standardmäßig in Ihrem Haus von der Möglichkeit , einen Dolmetscher / Übersetzer oder fremdsprachiges Personal hinzuzuziehen ?				
Bei der Aufnahme	<input type="checkbox"/>	Durch das Personal während des Aufenthaltes	<input type="checkbox"/>	
Informationsmaterialien, die sie zu Beginn des Aufenthaltes erhalten	<input type="checkbox"/>	Gar nicht	<input type="checkbox"/>	
Wird bei uns nicht eingesetzt	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	
3H Wer stellt bei der Behandlung den Bedarf fest und fordert ggf. Dolmetscher / Übersetzer / fremdsprachiges Personal an ?		Nie	Gelegentlich	Immer
Krankenhauspersonal stellt Bedarf fest und fordert ggf. Übersetzer an		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten fordern bei Bedarf Übersetzer an		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige fordern bei Bedarf Übersetzer an		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3I Angaben zu Übersetzungen durch Krankenhausmitarbeiter				
Für wie viele Sprachen stehen derzeit Krankenhausmitarbeiter für Übersetzungen zur Verfügung?			Ca. _____ Sprachen	
Bitte nennen Sie die fünf am häufigsten genutzten Sprachen , bei denen Krankenhausmitarbeiter bei Übersetzungen zum Einsatz kamen (im Jahr 2011):				
3J		Ja	Nein	
Setzt Ihr Haus regelmäßig professionelle externe Dolmetscher ein?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 3L
3K Angaben zu professionellen externen Dolmetschern				
Für wie viele Sprachen stehen derzeit professionelle externe Dolmetscher zur Verfügung?			Ca. _____ Sprachen	
Bitte nennen Sie die fünf am häufigsten genutzten Sprachen , bei denen professionelle externe Dolmetscher zum Einsatz kamen (im Jahr 2011):				

Wie viele professionelle externe Dolmetscher wurden im Jahr 2011 bei **Übersetzungen** routinemäßig **eingesetzt**? _____ Dolmetscher

3L Aus welchen Gründen verzichten Ihrer Meinung nach Häuser ggf. auf die Hinzuziehung professioneller Dolmetscher?

Keine adäquate Finanzierung	<input type="checkbox"/>	Organisatorische Gründe (z.B. zu umständlich)	<input type="checkbox"/>
Terminliche / Zeitgründe (z.B. sind nicht da, wenn man sie braucht)	<input type="checkbox"/>	Genug bilinguales medizinisch-pflegerisches Fachpersonal (z.B. Ärzte, Pflegekräfte) vorhanden	<input type="checkbox"/>
Ausreichend bilinguales sonstiges Personal (z.B. Reinigungskräfte) vorhanden	<input type="checkbox"/>	Angehörige / Bekannte / andere Patienten können Übersetzung adäquat übernehmen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:			<input type="checkbox"/>

4 Unterbringung, Verpflegung und religiöse Aspekte beim Aufenthalt

4A Welche der folgenden Aspekte stehen in Ihrem Krankenhaus standardmäßig zur Verfügung?

Ausländische Fernsehsender (ohne englische Sender)	<input type="checkbox"/>	Ausländische Radioprogramme (ohne englische Programme)	<input type="checkbox"/>
Ausländische Zeitschriften / Zeitungen (ohne englisches Angebot)	<input type="checkbox"/>	Gebetsräume / Kapellen (inkl. religiöser Ausstattung)	<input type="checkbox"/>
Neutral gestalteter Religionsraum für alle Religionen (ohne religiöse Ausstattung / Zeichen)	<input type="checkbox"/>	Ruheräume / Meditationsräume	<input type="checkbox"/>
Verabschiedungsraum für verstorbene Patienten / Aufbahrungsraum	<input type="checkbox"/>	Küchenbereich, in dem mitgebrachtes Essen aufgewärmt werden kann	<input type="checkbox"/>
Spezielle Besuchs-, Aufenthaltsräume (z.B. orientalische Ecke mit Samowar)	<input type="checkbox"/>	Geänderte Öffnungszeiten der Cafeteria (z.B. im Ramadan)	<input type="checkbox"/>
Internationale Küchentage	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

4B Welche Gerichte oder Angaben sind in Ihrem Krankenhaus standardmäßig auf dem Speiseplan enthalten?

Speisen und Getränke, die nach religiösen Vorschriften zubereitet werden (z.B. halal, kosher)	<input type="checkbox"/>	Vegetarische Gerichte	<input type="checkbox"/>
Angabe, ob Gerichte ohne Schweinefleisch und -fett sind	<input type="checkbox"/>	Angabe, ob Alkohol enthalten ist	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:			<input type="checkbox"/>

4C

Werden in Ihrem Krankenhaus beim Belegungsmanagement kulturelle oder religiöse Aspekte berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was berücksichtigen Sie bzw. setzen Sie um?		

5 Weitere kultursensibilitätsfördernde Aspekte

5A Wie häufig macht Ihr Krankenhaus den Patienten die folgenden Angebote ?	Gar nicht, auch nicht geplant	In Planung	Jährlich	Halbjährlich	Mindestens monatlich
Fremdsprachige ärztliche Sprechstunden für Patienten mit Migrationshintergrund bzw. deren Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdsprachige pflegerische Sprechstunden für Patienten mit Migrationshintergrund bzw. deren Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsabende / -veranstaltungen für Patienten aus anderen Kulturkreisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurse in verschiedenen Sprachen (z.B. Geburtsvorbereitungskurse, Ernährungskurse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikführungen (z.B. durch die Krankenhausküche, Notaufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5B Wo werden **fremdsprachige Informationsmaterialien** über das Krankenhaus (z.B. Flyer, Broschüren) **ausgelegt**, um gezielt Patienten mit Migrationshintergrund anzusprechen?

Arztpraxen	<input type="checkbox"/>	Gebetshäuser / Kirchen, und zwar:	<input type="checkbox"/>
Behörden (z.B. Einwohnermeldeamt)	<input type="checkbox"/>	Migrantenselbsthilfeorganisationen	<input type="checkbox"/>
Nirgendwo / Gar nicht	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

5C Wenn Sie **Patientenbefragungen** durchführen, welchen Fragebogen setzen Sie dann standardmäßig bei der Befragung Ihrer Patienten mit **geringen Deutschkenntnissen** ein? (Nur eine Nennung möglich)

Fragebogen auf deutsch wie für alle anderen Patienten	<input type="checkbox"/>	
Fragebogen in der jeweiligen Muttersprache	<input type="checkbox"/>	In folgenden Sprachen:
Machen keine Patientenbefragungen	<input type="checkbox"/>	

5D Inwieweit **kooperiert** Ihr **Krankenhaus** mit den folgenden **Personen** oder **Institutionen**?

	Gar nicht, auch nicht geplant	In Planung	Gelegentlich	Regelmäßig
Religiöse Gemeinschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migranten(selbsthilfe)organisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturmittler / Mediatoren / Gesundheitslotsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturvereine / Gemeinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschulen (z.B. mit ausländischen Medizinstudenten, sprachlichen Fakultäten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, die auf Migranten spezialisiert sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrationsdienste der Wohlfahrtsverbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Qualifizierung der Krankenhausmitarbeiter

6A	Ja	Nein	
Bietet Ihr Krankenhaus den Mitarbeitern regelmäßig interne oder externe Fort-, Weiterbildungen oder Schulungen zur Förderung der Kultursensibilität an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 6E

6B Welche Mitarbeiter oder **Berufsgruppen** besuchen **regelmäßig** **Fort-, Weiterbildungen** oder Schulungen zur **Förderung** der **Kultursensibilität**?

Ärzte	<input type="checkbox"/>	Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Personal, und zwar:			<input type="checkbox"/>

6C Inwieweit werden Ihren Mitarbeitern in Fort-, Weiterbildungen oder Schulungen die folgenden Inhalte vermittelt ?	Gar nicht	Gelegentlich	Standardmäßig
Interkulturelle Sensibilisierung (z. B. erkennen und reflektieren der eigenen und fremden kulturellen Prägungen und Wahrnehmungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbau von Handlungswissen (z. B. Wissen über andere Kulturen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen des Wissens in die Praxis (z. B. Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten anhand von Fallbeispielen aus dem Arbeitsumfeld der Teilnehmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6D Inwieweit gibt es in Ihrem Krankenhaus fortgebildetes Personal zu folgenden Themen?	Gar nicht	Ärzte	Pflegekräfte	Sonstige Mitarbeiter
Religiöse Rituale / Bräuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Hintergründe (z.B. die Bedeutung der Familie in anderen Kulturkreisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkgewohnheiten in anderen Kulturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultursensible / interkulturelle Pflege (z.B. die Bedeutung geschlechtsspezifischer Pflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturspezifische Kommunikationswege (inkl. nonverbaler Kommunikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitskonzepte in anderen Kulturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit der Sterbephase und dem Tod in anderen Kulturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit externen Dolmetschern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6E	Nein	Ja	Wir bilden nicht aus
Wird in der Krankenpflegeausbildung im Curriculum explizit das Thema Kultursensibilität / interkulturelle Kompetenzen vermittelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Patienten mit Migrationshintergrund

7A Wie viele **Fälle** hat Ihr Krankenhaus im Jahr 2011 insgesamt behandelt? Wie hoch war **davon** der **prozentuale Anteil** in Deutschland lebender **Patienten mit Migrationshintergrund**? (ggf. realitätsnahe Schätzung)

ca. _____ vollstationäre Fälle **insgesamt**

davon: prozentualer Anteil von **Patienten mit Migrationshintergrund** ca. _____ %

Welche **Wurzeln** (z.B. Herkunfts-, Geburtsländer der Eltern) hat der größte Anteil Ihrer Patienten mit Migrationshintergrund?

7B Inwieweit werden folgende Informationen Ihrer Patienten **standardmäßig** (z.B. im Rahmen der Anamnese oder auf Station) **erfragt, dokumentiert** und / oder **ausgewertet**? (Mehrfachangaben pro Zeile möglich)

	Erfragt	Dokumentiert	Ausgewertet
Nationalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsland des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsland der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konfession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertvorstellungen bzw. kulturspezifische Einstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essgewohnheiten (z.B. Vegetarier, Halal-Kost, koschere Kost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muttersprache / Sprachkenntnisse (inkl. Deutschkenntnisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersetzungsbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Mitarbeiter mit Migrationshintergrund

8A Bitte geben Sie die **Personalzahlen** Ihres Krankenhauses für ausgewählte **Berufsgruppen** am **31.12.2011** an, differenziert nach Köpfen **insgesamt** und prozentualem Anteil mit **Migrationshintergrund** (ggf. realitätsnahe Schätzung).

_____ Köpfe **insgesamt** → **davon:** _____ % Anteil mit Migrationshintergrund

davon: _____ Ärzte insgesamt → **davon:** _____ % Anteil mit Migrationshintergrund

→ **davon:** _____ % Anteil mit (primär) ausländ. Abschlüssen

→ **davon:** _____ % Anteil mit (primär) ausländischen Abschlüssen aus Nicht-EU-Staaten

davon: _____ Pflegekräfte insgesamt → **davon:** _____ % Anteil mit Migrationshintergrund

→ **davon:** _____ % Anteil mit (primär) ausländ. Abschlüssen

→ **davon:** _____ % Anteil mit (primär) ausländischen Abschlüssen aus Nicht-EU-Staaten

Welche **Wurzeln** (z.B. Herkunfts-, Geburtsländer der Eltern) hat der größte Anteil Ihrer **Ärzte** mit Migrationshintergrund?

Welche **Wurzeln** (z.B. Herkunfts-, Geburtsländer der Eltern) hat der größte Anteil Ihrer **Pflegekräfte** mit Migrationshintergrund?

8B Welche **Daten** Ihrer **Mitarbeiter** werden mit Blick auf die **Versorgung** von **Patienten** mit **geringen Deutschkenntnissen** regelmäßig **erhoben**?

Sprachkenntnisse der Mitarbeiter (z.B. türkisch, polnisch)	<input type="checkbox"/>	Kulturelle Kenntnisse der Mitarbeiter (z.B. Religion)	<input type="checkbox"/>
Keine Einschätzung möglich	<input type="checkbox"/>	Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>

8C

	Ja	Nein
--	----	------

Wurden in Ihrem Krankenhaus in den **letzten fünf Jahren** auch aufgrund ihrer spezifischen sprachlichen und / oder kulturellen Kenntnisse **gezielt Mitarbeiter mit Migrationshintergrund eingestellt**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, mit welchen **Wurzeln** (z.B. Herkunfts-, Geburtsländer der Eltern)?

Wenn ja, für welche **Berufsgruppen**?

8D

	Ja	Nein
--	----	------

Wurden in Ihrem Krankenhaus in den letzten **fünf Jahren** **gezielt Pflegekräfte** aus dem **Ausland angeworben**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja, aus welchen **Ländern**?

8E Wie würden Sie den **Bedarf** an **Pflegekräften** aus dem **Ausland** einschätzen?

Ist derzeit nur ein Randphänomen, wird langfristig keine Rolle spielen	<input type="checkbox"/>	Derzeit eine gute Möglichkeit, um Fachkräftemangel zu begegnen	<input type="checkbox"/>
Zukünftig eine gute Möglichkeit, um Fachkräftemangel zu begegnen	<input type="checkbox"/>	Spielt derzeit keine Rolle und auch zukünftig nicht	<input type="checkbox"/>

9 Abschließende Einschätzung

9A Inwieweit sehen Sie in der interkulturellen Öffnung / Kultursensibilität eines Krankenhauses einen Nutzen mit Blick auf die folgenden Aspekte?	Gar keinen	Einen geringen	Einen hohen	Einen sehr hohen
Steigerung der Zufriedenheit und Bindung von Patienten mit Migrationshintergrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit (z.B. durch unkompliziertere Behandlungsabläufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermeidung von Fehldiagnosen / Mehrfachuntersuchungen / langen Liegezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



9A Inwieweit sehen Sie in der interkulturellen Öffnung / Kultursensibilität eines Krankenhauses einen Nutzen mit Blick auf die folgenden Aspekte?	Gar keinen	Einen geringen	Einen hohen	Einen sehr hohen
Steigerung der Fallzahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9B Wie würden Sie die folgenden Aspekte einschätzen ?	Sehr gering	Eher gering	Eher hoch	Sehr hoch
Derzeitige Notwendigkeit (z.B. aufgrund des Einzugsgebiets) Ihres Krankenhauses, sich kultursensibel auszurichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derzeitiger Umsetzungsstand kultursensibler Aspekte Ihres Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zukünftige Ausrichtung Ihres Krankenhauses auf kultursensible Aspekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9C Wie schätzen Sie die Weiterempfehlungsbereitschaft ein?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Ich würde unser Haus Patienten mit Migrationshintergrund empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9D Inwieweit würden Sie den folgenden Aussagen zustimmen?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Krankenhäuser richten sich aufgrund ihrer regionalen Lage kultursensibel aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine kultursensible Ausrichtung ist aufgrund der derzeitigen finanziellen Situation für viele Krankenhäuser nicht realisierbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine kultursensible Ausrichtung wird für viele Krankenhäuser zukünftig aufgrund des demographischen Wandels eine wichtige Rolle spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9E Falls Sie weitere Anmerkungen (z.B. Unterstützungsbedarf, Umsetzung weiterer kultursensibler Aspekte) haben, dann notieren Sie diese bitte hier:				
Wenn Sie die Befragungsergebnisse per Mail zugesandt bekommen möchten, geben Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse an.				
Ihre E-Mail-Adresse (Angabe freigestellt):				

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang II: Anschreiben Erstbefragung „Kultursensibles Krankenhaus“

Mai 2012 /

Projekt „Kultursensibles Krankenhaus“

Sehr geehrte/r,

bei der Befragung zum Thema „Kultursensibles Krankenhaus“ benötigen wir Ihre Hilfe.

Die Krankenhausversorgung ist vielerorts bereits auf die Vielfaltigkeit der Bevölkerung ausgerichtet. Bisher fehlt jedoch eine dezidierte Bestandsaufnahme. Es ist z.B. wenig darüber bekannt, wie die Krankenhäuser einzelne kultursensible Kriterien umgesetzt haben oder welche möglichen Umsetzungsprobleme aufgetreten sind. Dieses Wissen kann für Sie im Sinne Ihrer patientenorientierten Ausrichtung unerlässlich sein. Eine kultursensible Ausrichtung wird aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsveränderungen für Sie vermutlich zunehmend noch weiter an Relevanz gewinnen.

Das „Kultursensible Krankenhaus“ wird auf Initiative des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) sowie der BKK vor Ort vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Kooperation mit Faize Berger Management Services durchgeführt.

Wir sichern Ihnen ausdrücklich zu, dass die Ergebnisse der Untersuchung ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt werden. Die Initiatoren erhalten keine krankenhausbefragungsbezogenen Informationen. Die auf dem Fragebogen enthaltene laufende Nummer dient einzig der Projektsteuerung. Jedwede Rückschlüsse auf einzelne Krankenhäuser sind ausgeschlossen.

Wir möchten Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen bis zum **06.06.2012** auszufüllen. Hierzu bieten wir Ihnen die Möglichkeit an, den Fragebogen **online** zu beantworten. Zur **Online-Befragung** gelangen Sie, indem Sie den Link in der Email, die Sie parallel von uns erhalten haben (Absender: *forschung@dki.de*), anklicken. Sollte Ihnen keine Email vorliegen, dann können Sie Ihren Link gerne per Mail über *forschung@dki.de* anfordern. Alternativ können Sie auch den beiliegenden Fragebogen in dem freigemachten Rückumschlag zurücksenden.

Sollten Sie nicht der richtige Ansprechpartner für die Befragung sein, so wäre es nett, wenn Sie den Fragebogen an die entsprechende Stelle (z.B. Qualitätsmanagement) weitergeben könnten.

Selbstverständlich stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Untersuchung gerne zur Verfügung.

Mit bestem Dank für Ihre Unterstützung und Teilnahme und

mit freundlichen Grüßen
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.



Prof. Dr. med. Udo Janßen, MBA
Vorstand



Dr. Karl Blum
Leiter Geschäftsbereich Forschung

Anhang III: Anschreiben Nachfassaktion „Kultursensibles Krankenhaus“

Juni 2012 /

Projekt „Kultursensibles Krankenhaus“

Sehr geehrte/r.....,

bei der Befragung zum Thema „Kultursensibles Krankenhaus“ bitten wir um Ihre Unterstützung. **Personen mit Migrationshintergrund bilden eine zunehmend wichtige Patientengruppe.** Deswegen bietet die Befragungsteilnahme Ihnen gleich mehrere **Vorteile**:

- **Verbesserung der Versorgung bei dieser Patientenklientel**
- **Wettbewerbsvorteile bei der Akquise von Patienten mit Migrationshintergrund**
- **Informationen zu Good-Practice-Beispielen**

Anfang Mai haben wir Ihnen einen Fragebogen zukommen lassen. Leider haben wir bis heute keine Antwort erhalten. Deswegen möchten wir Sie nochmals um Ihre Teilnahme ersuchen. Sollten Sie den Fragebogen inzwischen beantwortet haben, betrachten Sie dieses Schreiben als gegenstandslos.

Falls nicht, möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen bis zum **06.07.2012** auszufüllen oder ausfüllen zu lassen. Hierzu bieten wir Ihnen die Möglichkeit an, den Fragebogen **online** zu beantworten. Zur **Online-Befragung** gelangen Sie, indem Sie den Link in der Email, die Sie parallel von uns erhalten haben (Absender: *forschung@dki.de*), anklicken. Sollte Ihnen keine Email vorliegen, dann können Sie Ihren Link gerne per Mail über *forschung@dki.de* anfordern. Alternativ können Sie auch den beiliegenden Fragebogen in dem freigemachten Rückumschlag zurücksenden.

Das „Kultursensible Krankenhaus“ wird auf Initiative des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) sowie der BKK vor Ort vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) durchgeführt.

Vor allem die Unterstützung einer Krankenkasse mag Sie auf den ersten Blick etwas befremden. Die BKK vor Ort hat einen hohen Anteil von Personen mit Migrationshintergrund unter ihren Versicherten. Deswegen unterstützt sie gezielt Aktivitäten für diese Klientel. Wir sichern Ihnen aber ausdrücklich zu, dass die BKK vor Ort und das MGEPA **keine krankenhausbearbeiteten Informationen erhalten werden** und auch **kein krankenhausbearbeitetes Benchmarking** der Ergebnisse erfolgt. Die Ergebnisse der Untersuchung werden ausschließlich in anonymisierter Form und zusammengefasst für alle Krankenhäuser dargestellt.

Selbstverständlich stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Untersuchung gerne zur Verfügung.


Mit bestem Dank für Ihre Unterstützung und Teilnahme und

mit freundlichen Grüßen

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.



Prof. Dr. med. Udo Janßen, MBA
Vorstand



Dr. Karl Blum
Leiter Geschäftsbereich Forschung