

I Einleitung

Faize Berger

Auf der Türschwelle steht eine Dame und hält in ihrer Hand einen kleinen Kochtopf. Mit hilfeschuchternem Blick und schüchtern versucht sie, die Aufmerksamkeit der jungen Stationsschwester zu gewinnen. Diese dreht sich um und fragt die Dame lächelnd: *„Brauchen Sie noch etwas, haben wir nicht alles besprochen?“* Die Dame wirkt erleichtert und besorgt zugleich und fragt mit leichter Stimme: *„Ja, aber kann ich das Essen für meinen Bruder aufwärmen? Er hat seit Tagen nichts Vernünftiges gegessen.“* Die Krankenschwester scheint nicht zum ersten Mal diese Frage zu hören. Leicht ungehalten antwortet sie: *„Nein, das habe ich schon Ihrer Mutter gesagt. Wir dürfen auf der Station kein Essen für die Patienten aufwärmen.“* Die Dame: *„Bitte, machen Sie uns die Freude, eine kleine Ausnahme...“* Die Krankenschwester muss weiterarbeiten, bittet sie um Verständnis und sagt bestimmend: *„Nein, es geht wirklich nicht.“* Auf dem Weg aus dem Krankenhaus trifft die Dame ihre Nachbarin und sagt zu ihr: *„Die Ärzte scheinen hier gut zu sein, aber die Krankenschwester, die ist so herzlos. Vor ihrer Nase steht eine Mikrowelle, aber statt schnell die Suppe warm zu machen, sagt sie nein, nein und nochmals nein. Ich hätte es selber machen können.“* Die Dame und ihr Bruder, der sich bereits seit über einer Woche im Krankenhaus aufhält, haben einen türkischen Migrationshintergrund, leben schon sehr lange in Deutschland und sprechen gutes Deutsch.

Der Patient und seine Angehörigen sind der festen Überzeugung, dass er dringend wieder zu Kräften kommen muss und Freude haben soll, also möge er die Linsensuppe, die er immer so gerne isst und seine Mutter besonders gut kocht, essen.

Für die Krankenschwester ist es so selbstverständlich, dass das Mitbringen eigener Mahlzeiten und Aufwärmen dieser in der Mikrowelle aus vielerlei Gründen (Hygiene, Haftungsgründe usw.) einfach nicht möglich ist, dass sie nicht einmal daran denkt, in der Kommunikation auf diese Hintergründe einzugehen.

Hier ist unnötig auf beiden Seiten eine Kränkung entstanden. Die Krankenschwester war freundlich, aber sie hat sich nicht die Mühe gemacht, empathisch auf die Dame einzugehen. Kultursensibel wäre:

„Oh, jetzt haben Sie sich so viel Mühe gegeben und die selbstgekochte Suppe Ihrer Mutter bis hierher gebracht, aber leider kann und darf ich Ihnen hierbei nicht helfen, weil ... Sie möchten bestimmt nicht, dass wir hier gemeinsam ein Problem bekommen. Und wenn ich eine Ausnahme mache, dann kann jeder nach einer Ausnahme fragen. Aber wissen Sie, grüßen Sie Ihre Mutter und sagen Sie ihr, dass ich es ganz toll finde, wie sie sich um das Wohlergehen ihres Sohnes bemüht. Wenn ich Ihren Bruder pflege, werde ich ihm ebenfalls erzählen, wie schön es ist, so eine Familie zu haben, er soll schnell gesund werden, um die gute Suppe der Mutter zu genießen.“

Dieses typische Beispiel aus dem Alltag eines Krankenhauses – und erste Anregungen zum Umgang mit dem beschriebenen Problem – sollen als Einstieg in die Thematik dienen.

In Deutschland hat heute fast jeder Fünfte ausländische Wurzeln. Es wohnen, laut Statistischem Bundesamt anhand der Ergebnisse des Zensus 2011, im Jahr 2011 in Deutschland 15,3 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, was einem Anteil von ca. 19% der Gesamtbevölkerung entsprach.¹ Etwa die Hälfte dieser Menschen besitzen einen deutschen Pass. Die meisten Menschen mit Migrationshintergrund stammen aus der Türkei (ca. 3 Mio.), Polen (ca. 1,5 Mio.), Russland (ca. 1,2 Mio.), Kasachstan (ca. 0,9 Mio.) und Italien (ca. 0,8 Mio.).

Der Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund wohnt in den Großstädten Westdeutschlands. Mit 43% verfügt Frankfurt am Main über den höchsten Anteil, gefolgt von Stuttgart (38%), Nürnberg (37%), München (36%) und Düsseldorf (32%).² Berlin kommt mit einem Anteil von 25% erst an 11. Stelle. Leipzig verfügt mit 8% über den höchsten Anteil einer ostdeutschen Großstadt.

Nach einer Prognose des Wirtschaftsforschungsinstituts Kiel Economics werden in den nächsten fünf Jahren über 2 Mio. Menschen zusätzlich nach Deutschland kommen. Zusammen mit den in Deutschland neugeborenen Kindern mit Migrationshintergrund werden 2017 über 23 Mio. Menschen mit

1 Pressemitteilung 03.06.2014-193/14, Statistisches Bundesamt. Der Hochrechnungsrahmen des Mikrozensus wurde erstmals für das Berichtsjahr 2013 auf eine neue Basis umgestellt und die revidierten Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2014 zur Verfügung stehen. Diese sind nicht mit den bisher veröffentlichten Ergebnissen aus dem Mikrozensus 2011 vergleichbar. Es bestehen Abweichungen sowohl in den Eckzahlen (Gesamtbevölkerung, deutsch/nicht-deutsch, Geschlecht) als auch in der Struktur (Einteilung in Migrantengenerationen, Bildung, Erwerbsstatus etc.)

2 NRW verwendet eine leicht abweichende Definition, in der hier geborene eingebürgerte Deutsche nicht als Menschen mit Migrationshintergrund gezählt werden.

Migrationshintergrund in Deutschland leben. Das sind dann fast 30% der Gesamtbevölkerung.

Die Bezeichnung „Menschen mit Migrationshintergrund“ wurde bis vor einigen Jahren fast nur im sozialwissenschaftlichen Kontext verwendet. Man versteht darunter Menschen, die selbst oder deren Vorfahren nach dem II. Weltkrieg nach Deutschland eingewandert sind.³ In den letzten Jahren sind noch weitere Begriffe, wie „Menschen mit Zuwanderungsgeschichte“ oder „Menschen mit Migrationsgeschichte“ hinzugekommen. Es gibt bisher keine einheitliche Begriffsverwendung. Auffallend ist, wie wenig diese Bevölkerungsgruppe in ihrer Gesamtheit immer noch wahrgenommen wird. So gibt es teilweise nur sehr ungenaue Erhebungen über diesen immer größer werdenden Teil unserer Bevölkerung.⁴

Obwohl die Zuwanderungsgeschichte die Menschen mit Migrationshintergrund eint, stellen sie insgesamt eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe dar. Den höchsten Anteil von Migranten an der Gesamtbevölkerung auf Länderebene hat Nordrhein-Westfalen mit durchschnittlich 24% zu verzeichnen. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 19%. Die Hälfte der in Nordrhein-Westfalen lebenden Menschen mit Migrationshintergrund hat ihre kulturellen Wurzeln in acht unterschiedlichen Ländern. Die mit Abstand größte Gruppe kommt hier mit ca. 20% aus der Türkei. In den neuen Bundesländern zeigt sich teilweise ein anderes Bild: Menschen mit Migrationshintergrund haben in Großstädten wie Dresden oder Leipzig⁵ lediglich einen Anteil 7 bzw. 8%.

Hinzu kommt eine Diversifizierung über die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Ethnien, Religionen und Konfessionen, die verschiedenen Zuwanderungsmotive und -geschichten, die Aufenthaltsdauer, den sozioökonomischen Status, das Bildungsniveau, die Erwerbsfähigkeit, die Generationszugehörigkeit, die familiäre und soziale Bindungen sowie das Verständnis für Gesundheit und Krankheit usw.

3 Personen mit Migrationshintergrund – Definition Statistisches Bundesamt: „Alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.“

4 <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61621/migration>. Hier werden von der Bundeszentrale für politische Bildung verschiedene Definitionen über Migrationshintergrund aufgeführt.

5 In Dresden und Leipzig sind die Ergebnisse aus dem Mikrozensus 2011 aufgrund der geringeren Fallzahlen nicht repräsentativ. Die hier aufgeführten Zahlen stammen aus dem Einwohnermelderegister.

Es handelt sich somit um eine Teilpopulation in unsere Gesellschaft mit zahlreichen sich überschneidenden Subgruppen, die wieder vielfältige Überschneidungen mit den Subgruppen der Deutschen ohne Migrationshintergrund haben.

Alle diese Bevölkerungsgruppen begegnen sich als Leistungsempfänger und als Leistungserbringer in ihrer ganzen Vielfalt auf der Straße, in der Öffentlichkeit, in der Nachbarschaft, in den Schulen und selbstverständlich auch in den Krankenhäusern. Für eine erfolgreiche Leistungserbringung in den Krankenhäusern gilt es, die Besonderheiten dieser Subgruppen zu kennen und auf sie einzugehen.

Parallel zu dieser demografischen Entwicklung ist in Familien mit Migrationshintergrund ein Prozess der fortschreitenden Auflösung traditioneller Strukturen zu beobachten. Die Kinder älterer Migranten sind zunehmend nicht mehr in der Lage oder bereit, die traditionelle familiäre Versorgung ihrer Eltern zu übernehmen. Die Anzahl alleinlebender älterer Migranten bzw. Paare steigt deutlich. Rückkehrgedanken in ihr Heimatland haben sich stark relativiert und die meisten älteren Migranten bleiben in Deutschland. Wichtige Gründe dafür sind die hier lebenden Kinder und Enkelkinder, die mittlerweile erworbene Vertrautheit mit den Verhältnissen in Deutschland und die geschätzte medizinische und soziale Versorgung. Die erste Generation („Gastarbeiter“ der 1950er Jahre) hat häufig, da sie am Arbeitsplatz oft mit begrenzten Sprachkenntnissen zurecht gekommen ist und die Rückkehr in das Heimatland vor Augen hatte, keinen besonderen Wert auf das Erlernen der deutschen Sprache gelegt. Fehlende Sprachkompetenzen unterstützen jedoch einen Rückzug in die eigene Herkunftskultur, womit weniger Bedarf an interkulturellem Kontakt besteht.

Menschen mit Migrationshintergrund sind insgesamt einem deutlich höheren (Alters-)Armutsrisiko ausgesetzt als Menschen ohne Migrationshintergrund. Jedoch bestehen auch hierbei wieder große Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. Während sich zum Beispiel bei Spätaussiedlern keine Unterschiede zeigen, ist das Risiko bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Einer der Gründe hierfür dürften die teilweise beachtlichen Transferzahlungen in das Herkunftsland sein. Diese Mittel fehlen im täglichen Leben und speziell im Alter.

Auch treffen für viele Migranten „armutsverstärkende Merkmale“ wie niedrige Bildung, Sozialleistungsempfänger und kinderreiche Familien zu. Je nach Einzugsgebiet eines Krankenhauses kommen Patienten aus unterschiedlichen

Herkunftsländern und Kulturkreisen. Diese Heterogenität zeigt sich sogar zum Teil zwischen den verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses.

Betrachtet man die Leistungserbringerseite, so gestaltet sich das Bild auch hier genauso bunt wie auf Patientenseite. Es gibt Ärzte und Pflegekräfte, die aus anderen Ländern stammen und in anderen Ländern ihren Beruf gelernt haben. Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser eigenständige Organisationen sind. Sie sind Reglementierungen unterworfen, haben Gesetze, Richtlinien zu beachten und Vorgaben zu erfüllen. Sie sind darauf ausgerichtet, die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Umsetzung der therapeutischen und technologischen Fortschritte sicherzustellen. Krankenhäuser haben dabei auch eine eigene Kultur. Die Unterschiede zum Beispiel zwischen einer Universitätsklinik und einer Kreisklinik sind sehr groß: Für das Kreiskrankenhaus steht das Management der Grundversorgung im Vordergrund, während die Universitätsklinik sowohl Versorgungs- als auch Forschungsaufgaben zu erfüllen hat.

Das gegenseitige Verstehen als Basis jeglicher Art von Kommunikation ist gerade in einem Krankenhaus auf allen Interaktionsebenen von zentraler Bedeutung. Der Verständigung zwischen den Leistungserbringern und -empfängern sowie der Leistungserbringer untereinander muss besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Einiges lässt sich dabei mit organisatorischen Mittel lösen. Dass es dabei nicht in erster Linie um finanzielle Aspekte geht, zeigen auch die Ergebnisse der Krankenhausbefragung, die in 2011 zum Thema Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde. Den Ergebnissen dieser Befragung widmet sich das achte Kapitel des vorliegenden Buches. So wird z.B. unter den Verzichtsründen in der Fragestellung bei einem Einsatz externer professioneller Dolmetscher an erster Stelle die Möglichkeit genannt, im Krankenhaus auf eigenes Personal zurückgreifen zu können, und nicht die fehlenden finanziellen Mittel.⁶

Das vorliegende Buch nähert sich dem Thema des kultursensiblen Krankenhauses ganzheitlich und geht auf verschiedene Aspekte, Aufgaben und Herausforderungen der Thematik ein. Beginnend bei dem ersten Kontakt zwischen Arzt und Patient über die stationäre Versorgung im Krankenhaus bis hin zur Entlassung werden die verschiedenen Stationen eines Krankenhausaufenthal-

6 Forschungsgutachten initiiert von der BKK vor Ort und vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Blum, Steffen, Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, Deutsches Krankenhausinstitut e.V. 2012, Seite 5, Abb. 34: Gründe für den Verzicht auf externe Dolmetscher.

tes genauer erläutert und jeweils die Besonderheiten der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in den Vordergrund gerückt. So geht das Buch sowohl auf die ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringungsprozesse als auch auf die Verwaltungs- und Versorgungsprozesse ein und gibt so einen fundierten Überblick über das Thema.

Ein kultursensibles Krankenhaus beginnt mit einer entsprechenden Haltung der Krankenhausführung. Hierfür bietet sich die Möglichkeit der Steuerung über das Qualitätsmanagement an, wodurch keine gesonderten Funktionen, wie z.B. ein Integrationsbeauftragter, notwendig werden.